

# **Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia**

Relatório de Estágio

## **Experiência de Conforto das Parturientes: Intervenções do Enfermeiro Obstetra**

**Marta Alexandra Pereira Marques**

**Lisboa**

**2018**

Three thick, green, wavy lines of varying lengths and shades of green, positioned in the bottom right corner of the page, creating a decorative, organic shape.

# **Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia**

Relatório de Estágio

## **Experiência de Conforto das Parturientes: Intervenções do Enfermeiro Obstetra**

**Marta Alexandra Pereira Marques**

Orientador: Professora Helena Bértolo

**Lisboa**

**2018**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



“I’ve learned that people will forget what you said, people will forget what you did, but people will never forget how you made them feel.”

**Maya Angelou**

## AGRADECIMENTOS

À Professora Helena Bértolo, pela sua dedicação, profissionalismo e partilha de conhecimentos que enriqueceram esta experiência.

Aos meus pais, pelo apoio incondicional, pela presença e pela força que me transmitiram sempre. A eles devo tudo.

Ao meu namorado e à nossa princesa, pelo amor, apoio e pela compreensão da minha ausência.

Aos familiares que me acompanharam e apoiaram sempre.

À colega e amiga que partilhou comigo este percurso, pelo companheirismo e pela amizade.

Às minhas amigas, pelos momentos de partilha, amizade e motivação.

À Enfermeira Chefe, pela flexibilidade e disponibilidade para tornar este percurso menos exaustivo e às colegas de trabalho, pelo apoio, pela motivação e pelos conhecimentos transmitidos.

A todas as Enfermeiras Obstetras que me orientaram e que partilharam comigo os seus conhecimentos.

A todas as Mulheres com quem me cruzei, que aceitaram ser por mim cuidadas e que aceitaram partilhar a sua experiência.

A todos aqueles que de algum modo contribuíram e permitiram

a realização deste objetivo,

O meu sincero Obrigada!

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

APA – American Psychological Association

APEO – Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras

CINAHL - Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

cm – centímetros

CTG – Cardiotocografia

EBSCO - Elton B. Stephens Company Publishing

Enf<sup>a</sup> - Enfermeira

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ICM – International Confederation of Midwives

ISI – Institute for Scientific Information

JBÍ – The Joanna Briggs Institute

MEDLINE - Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

n.º - Número

OE – Ordem dos Enfermeiros

p. – página

PCC – População Conceito Contexto

pp. - páginas

RI – Registo de Interação

RN – Recém-nascido

SUOG – Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia

TP – Trabalho de Parto

UC – Unidade Curricular

WHO – World Health Organization

## RESUMO

A maternidade é um processo complexo e de elevado significado para mulher/casal. Conhecer as experiências das parturientes e os fatores que influenciaram essa experiência, torna-se essencial para potenciar os cuidados de enfermagem no sentido do que é efetivamente importante neste momento único da sua vida. O conforto é um conceito intimamente ligado ao cuidado de enfermagem, que parece ter um forte impacto na experiência relativa ao trabalho de parto. Esteve subjacente como referencial teórico para nortear este trabalho, bem como a prática de cuidados, a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba.

Este documento descreve o percurso de aprendizagem e o desenvolvimento de competências no âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio com Relatório, do 8º. Curso de Mestrado em Saúde Materna e Obstetrícia, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Como objetivo geral pretendemos compreender a experiência de conforto das parturientes proporcionada pelas intervenções do Enfermeiro Obstetra.

A metodologia utilizada foi a *Scoping Review*, no sentido de mapear a evidência científica que respondesse à questão de investigação: **Qual a experiência de conforto das parturientes, proporcionada pelas intervenções do enfermeiro obstetra durante o trabalho de parto?** A pesquisa foi efetuada na plataforma EBSCOHost, envolvendo as bases de dados CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text, bem como na base de dados ISI Web of Knowledge. Foram selecionados seis artigos de acordo com os critérios de inclusão. Ao longo da UC foram realizados registos de interações com dez das parturientes, no sentido de obter mais informação acerca da temática. Após a análise destes registos emergiram categorias e subcategorias que comparamos com a experiência de conforto que emerge da evidência científica.

Os achados obtidos que dão resposta à questão de investigação indicam a experiência de conforto emocional e físico referida pelas parturientes, proporcionada pelo apoio contínuo do Enfermeiro Obstetra, no que diz respeito a relação de ajuda, informação, advocacia, métodos de alívio da dor, ambiente, nutrição e contacto pele-a-pele com o recém-nascido. Além destes achados, as parturientes referem ainda

como aspetos promotores de conforto durante o trabalho de parto o apoio contínuo da pessoa significativa e as crenças religiosas.

**Palavras-chave:** Parturiente; Experiência de Conforto; Intervenções do Enfermeiro Obstetra; Trabalho de parto.

## ABSTRACT

Motherhood is a complex and very important life stage for the woman/couple. Therefore, it is essential to understand the main factors influencing the parturient experiences in order to improve the nursing care on this unique moment of her life. The term of comfort is an important part of the nursing care during the labour experience. The Theory of Comfort from Katharine Kolcaba was essential to guide this work and the clinical practice.

This document describes the learning path and development of competencies required for the clinical practice with report of the 8<sup>th</sup> Master's Degree in Maternal Health and Obstetrics of the Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. The main aim was to understand the parturient comfort experience provided by midwife interventions.

The Scoping Review methodology was used to identify the scientific evidence to answer the following research question: **What is the parturient comfort experience, provided by the midwife interventions during labour?** A literature search was done using the EBSCOHost platform using CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text and ISI Web of Knowledge databases. Six articles were selected according to the inclusion criteria. The clinical practice interactions with ten of the parturients were recorded in order to obtain more information about the subject. After analysing these records the resulted categories and sub-categories were compared against the comfort experience referred in the scientific evidence.

The findings obtained that answer the research question indicate the experience of emotional and physical comfort referred by the parturients, provided by the continuous support of the Midwife, the relationship of help, information, advocacy, methods of pain relief, environment, nutrition and skin-to-skin contact with the newborn. In addition to these findings, parturients also refer as aspects that promote comfort during labour to the continuous support of the significant person and religious beliefs.

**Keywords:** Parturient; Comfort Experience; Midwife Interventions; Labour.



## **ÍNDICE**

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....</b>	<b>15</b>
1.1 – A experiência de conforto durante o trabalho de parto.....	16
1.2 – O conforto à luz da Teoria de Katharine Kolcaba .....	19
1.3 – Cuidados especializados promotores de conforto durante o trabalho de parto .....	22
<b>2. PERCURSO DE APRENDIZAGEM E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....</b>	<b>28</b>
<b>3 - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO .....</b>	<b>43</b>
3.1 – Objetivo da pesquisa e questão de investigação.....	43
3.2 – Estratégia de pesquisa.....	45
3.3 – Apresentação, análise e discussão dos achados .....	45
3.4 – Conclusões, implicações para a investigação e para a prática .....	66
3.5 – Considerações éticas.....	68
<b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>69</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>70</b>
<b>APÊNDICES</b>	
<b>APÊNDICE I - Conjugação dos descritores selecionados e operadores booleanos</b>	

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Diagrama utilizado para o processo da <i>Scoping Review</i> .....	46
--	----

## ÍNDICE DE QUADROS

<b>Quadro 1.</b> Critérios para a formulação da questão de pesquisa.....	44
<b>Quadro 2.</b> Resumo dos estudos selecionados.....	47
<b>Quadro 3.</b> Análise de conteúdo dos artigos por categorias.....	53
<b>Quadro 4.</b> Análise de conteúdo dos registos de interação por categorias.....	54

## INTRODUÇÃO

No âmbito do 8º. Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, é solicitada, na Unidade Curricular Estágio com Relatório, a elaboração de um Relatório de Estágio centrado no desenvolvimento de competências enquanto futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica e ainda, no desenvolvimento de competências para a obtenção do grau de Mestre.

O Relatório de Estágio apresenta o percurso desenvolvido ao longo desta Unidade Curricular (UC), onde é feita referência ao desenvolvimento de competências Comuns do Enfermeiro Especialista, específicas do Enfermeiro Obstetra e ainda, às competências referentes a uma temática relevante para o contexto da prática de cuidados que, conseqüentemente, permitiram o desenvolvimento preconizado para o 2º. Ciclo de Estudos. Proveniente de um interesse pessoal e de uma problemática que se constata nos contextos de cuidados, a temática escolhida foi “Experiência de Conforto das Parturientes: Intervenções do Enfermeiro Obstetra”.

De acordo com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, “define-se a Mulher no âmbito do ciclo reprodutivo como entidade beneficiária dos cuidados de enfermagem desta especialidade” (Regulamento n.º 127/2011 de 18 de Fevereiro, p.8662). Como tal, o Enfermeiro Obstetra é o profissional capacitado para estabelecer, em parceria com cada mulher, um plano de cuidados de enfermagem especializados em diferentes áreas de intervenção, entre as quais o trabalho de parto, atendendo à “promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos” (Regulamento n.º 127/2011 de 18 de Fevereiro, p.8664). Também a International Confederation of Midwives (ICM) corrobora esta afirmação ao atribuir ao Enfermeiro Obstetra, a competência de prestação de cuidados durante o parto, no sentido de potenciar a saúde da parturiente, atendendo a diversos aspetos do domínio desta competência, entre os quais se dá relevância à prestação de cuidados de conforto (ICM, 2013, 2015). Ainda neste sentido, a World Health Organization (WHO), publicou recentemente um documento “*Intrapartum care for a positive childbirth experience*”

onde se evidencia também a importância dos cuidados promotores de conforto, para uma experiência positiva do nascimento (WHO, 2018).

A maternidade é um processo complexo e de elevado significado para mulher/casal, com relevância para o período que antecede o parto e o próprio parto, envolvendo por isso múltiplos sentimentos. Atendendo aos diversos fatores que podem influenciar a vivência desse momento, os cuidados prestados pelo Enfermeiro Obstetra, são fundamentais e determinarão a percepção dessa experiência. Neste sentido, conhecer as experiências das parturientes e os fatores que influenciaram essa experiência, torna-se essencial para potenciar os cuidados de enfermagem com vista ao que é efetivamente importante neste momento único.

O conforto é um conceito intimamente ligado ao cuidado de enfermagem, que parece ter um forte impacto na experiência relativa ao trabalho de parto. Pelo que, conhecer o significado de conforto sob a perspetiva da recetora dos cuidados de saúde, poderá ser uma mais-valia para a melhoria da qualidade dos cuidados especializados.

A *Scoping Review* foi a metodologia utilizada no sentido de mapear a evidência científica acerca desta temática e teve como questão de investigação norteadora **Qual a experiência de conforto das parturientes, proporcionada pelas intervenções do enfermeiro obstetra durante o trabalho de parto?**

Este relatório tem como **finalidade** explicitar as competências adquiridas durante a realização da UC Estágio com Relatório.

Quanto ao desenvolvimento da competência específica pretendeu-se conhecer a experiência de conforto das parturientes, identificando os cuidados especializados promotores de uma experiência de conforto descritos na evidência científica atual, bem como à luz da experiência proporcionada à mulher/casal ao longo da UC Estágio com Relatório.

Atendendo ao projeto para o Estágio com Relatório, realizado na UC de Opção no âmbito deste curso de mestrado, delinear-se como **objetivo geral**:

- ❖ Compreender qual a experiência de conforto da parturiente proporcionada pelas intervenções do Enfermeiro Obstetra.

E como **objetivos específicos**:

- ❖ Identificar a experiência de conforto das parturientes à luz da evidência científica.
- ❖ Identificar o significado da experiência de conforto das parturientes que cuidámos desde a admissão até ao final do 4º estágio do trabalho de parto.
- ❖ Refletir sobre o quadro de referência que esteve subjacente à prática de cuidados.
- ❖ Explicitar a metodologia escolhida para o desenvolvimento da competência específica selecionada.
- ❖ Perspetivar estratégias de intervenção tendo em conta os achados obtidos e a sua pertinência para o desenvolvimento de competências profissionais, pessoais, relacionais e éticas como futura Enfermeira Obstetra.

A concretização destes objetivos relaciona-se não apenas com o aprofundamento da temática em questão, mas também com o desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Obstetra que integram a finalidade desta UC: desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à mulher/RN/família, durante os diferentes estádios do trabalho de parto, puerpério e período neonatal<sup>1</sup>.

Esta UC teve a duração de 18 semanas, tendo decorrido entre 26 de Março e 13 de Julho de 2018, com uma duração total de 750 horas, das quais 500 horas de contacto (sendo que 35 horas foram realizadas em contexto de prática simulada de alta fidelidade), 25 horas de orientação tutorial e as restantes horas de trabalho autónomo. As semanas de estágio foram repartidas pelo Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia/Sala de Partos de duas Unidades Hospitalares distintas, uma na região do Algarve e a outra na região de Lisboa.

O Relatório de Estágio encontra-se dividido em três partes. Na primeira parte encontra-se o enquadramento teórico, que aborda a experiência de conforto durante o trabalho de parto, o conceito de conforto à luz da Teoria de Katharine Kolcaba, bem como os cuidados especializados promotores de conforto durante o trabalho de parto. Na segunda parte, realiza-se uma descrição do percurso de aprendizagem, bem como do desenvolvimento de competências ao longo do percurso formativo. Na terceira parte, surge o enquadramento metodológico, descrevendo a metodologia utilizada,

---

<sup>1</sup> Unidade Curricular Estágio com Relatório (Documento Orientador). Regente: Santos, A.F. ESEL, 2017/2018

apresentando a análise dos achados da *scoping review* e a dos registos de interação realizados ao longo da UC. Faz-se ainda referência às principais conclusões, implicações para a investigação e para a prática, bem como se apresentam as considerações éticas que estiveram subjacentes à prática de cuidados. Posteriormente são apresentadas as considerações finais do relatório e as referências bibliográficas.

Este documento segue a norma APA<sup>2</sup> e foi redigido de acordo com o Novo Acordo Ortográfico.

---

<sup>2</sup> Guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações. ESEL, 2017

## **1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

A experiência do nascimento é um momento singular e marcante na vida da mulher, intimamente ligada a diversos fatores, como as expectativas, a cultura, a preparação pré-natal, os conhecimentos sobre o trabalho de parto, a história obstétrica anterior, a ansiedade, e fundamentalmente, o apoio e os cuidados recebidos (Janeiro, 2013).

Ao longo do século XX, os avanços científicos e tecnológicos modificaram as nossas vivências, inclusivamente no que respeita ao nascimento, dado que por vezes assistimos à utilização excessiva de meios tecnológicos em detrimento do que a natureza determina. No entanto, é também importante não esquecer os benefícios que esses avanços trouxeram à saúde e à qualidade de vida da mulher e das famílias, nomeadamente a diminuição da mortalidade e morbilidade materna e neonatal. Basear os cuidados de enfermagem na prática baseada em evidência, que compreende o uso consciente, explícito e sensato da melhor evidência atual para a tomada de decisão dos profissionais de saúde, no atendimento da mulher em trabalho de parto, pode aumentar a confiança dessa mulher, numa ocasião tão importante da sua vida (Janeiro, 2013).

Contudo, esta tendência mundial de avanço tecnológico e científico revela uma grande fragilidade no que diz respeito ao cuidado e ao conforto, essencialmente na vivência do trabalho de parto. Era esperado que este contribuisse para que os profissionais tivessem mais condições para ser e estar junto à mulher por eles cuidada (Carraro et al., 2006). Contudo, a parturiente que deveria ser a protagonista do trabalho de parto, distancia-se cada vez mais e tem dificuldade na tomada de decisões, sentindo-se insegura e submetendo-se a intervenções, por não se sentir capacitada para escolher e fazer valer seus desejos perante as questões técnicas levantadas pelos profissionais de saúde (Velho, Oliveira & Santos, 2010).

Os esforços para a mudança devem partir não apenas dos profissionais, como também das instituições, com o intuito de proporcionar um ambiente agradável, que ofereça às parturientes opções de conforto durante o trabalho de parto. Atualmente, configura-se como um dos maiores objetivos incluir medidas de conforto nos cuidados



prestados à parturiente, no sentido de promover um parto mais fisiológico e prazeroso possível (Frello & Carraro, 2010).

## **1.1 – A experiência de conforto durante o trabalho de parto**

No âmbito da realização deste relatório, surge a necessidade de refletir acerca do conceito de conforto, assim como do significado que cada pessoa lhe atribui, tendo em conta a realidade vivenciada. Definir concepções acerca do conceito de conforto é um desafio, por se tratar de algo complexo e multifacetado, a partir do momento em que considera o significado atribuído por cada indivíduo. O ato de confortar em enfermagem, trata-se de um encontro entre o ser sensível ao relacionar-se com o ser cuidado, na tentativa de criar uma esfera de conforto a partir da percepção do outro, sendo única, atendendo às necessidades e especificidades de cada pessoa (Frello & Carraro, 2010).

Este é um conceito transversal à história da enfermagem, configurando-se como uma meta do cuidar. É ainda, uma experiência subjetiva, que transcende a dimensão física, requerendo um estado de equilíbrio pessoal e ambiental, sendo esse equilíbrio considerado como um poder vital, uma força inata ao ser humano, tão exigida durante o trabalho de parto (Frello & Carraro, 2010).

A sensação de conforto é então a expressão de satisfação de necessidades/desejos presentes ou iminentes em três domínios: corpo, mente e espírito, através de sentimentos como o alívio, a tranquilidade, a segurança, o bem-estar, a esperança e a expectativa. “O conforto é um estado de ser e um estado de espírito. A percepção de conforto é individual, de género e multidimensional. É relativa ao tempo, espaço e magnitude” (Schuiling & Sampsele, 1999, p.79).

Conhecer o significado de conforto sob a perspetiva da recetora dos cuidados, poderá ser uma mais-valia para a melhoria da qualidade dos cuidados. Algumas puérperas demonstraram insatisfação relativamente à experiência de cuidados prestados pelos profissionais de saúde, o que se configura como violência, numa visão de poder sobre o corpo do outro e que afasta a enfermagem dos cuidados de

qualidade, que promovem o conforto e protegem as parturientes de qualquer dano físico ou emocional (Frello & Carraro, 2010).

O desconforto descrito pelas parturientes poderá ser originado por diversos fatores, embora esteja intimamente ligado à própria fisiologia do trabalho de parto e a todas as alterações subjacentes. Neste sentido, um conhecimento aprofundado acerca dessas alterações será preponderante para que os profissionais prestem cuidados mais adequados, com vista a prevenir o desconforto, promovendo uma experiência de conforto (Teodoro, 2012).

Segundo Machado & Graça (2017, p.220), o trabalho de parto (TP) define-se como um “conjunto de fenómenos fisiológicos que, uma vez postos em marcha, conduzem à contratilidade uterina regular, à dilatação do colo uterino, à progressão do feto através do canal de parto e à sua expulsão para o exterior”.

É constituído por quatro estádios, cada um com duração e mecanismos específicos, que variam de mulher para mulher (Lowdermilk, 2008a; Crum, 2008; Fatia & Tinoco, 2016).

O primeiro estágio – Dilatação, ocorre desde o início das contrações uterinas regulares e até à dilatação completa do colo uterino. Friedman dividiu o primeiro estágio em duas fases: a fase latente, que corresponde ao momento em que o colo do útero está completamente apagado e com cerca de 3 cm de dilatação, com contrações regulares, sendo uma fase de progressão lenta; e a fase ativa, na qual se verifica uma dilatação mais rápida até ser atingida a dilatação completa (10 cm). Há aumento da velocidade de descida da apresentação fetal e do ritmo das contrações uterinas (Machado & Graça, 2017).

O segundo estágio – Período Expulsivo, inicia-se com a dilatação completa e termina com a expulsão do feto (Machado & Graça, 2017).

O terceiro estágio – Dequitação, decorre desde a expulsão fetal e termina com a expulsão da placenta e das membranas ovulares. As contrações uterinas que se sucedem após o nascimento e a diminuição súbita do volume do útero provocam o descolamento da placenta da parede uterina (Machado & Graça, 2017).

O quarto estágio – Puerpério Imediato, compreende as duas horas após o parto, período no qual os processos hemostáticos são fundamentais (Crum, 2008; Fatia & Tinoco, 2016).

O desconforto referido pelas parturientes, associado à dor sentida durante o trabalho de parto, provém da “contração do miométrio contra a resistência do colo uterino e do períneo, da dilatação progressiva do colo e do segmento inferior do útero e do alongamento e compressão das estruturas perineais e pélvicas” (Lança, 2017, p.262).

A principal causa de dor no primeiro estágio do trabalho de parto está relacionada com as contrações uterinas, que provocam o apagamento e dilatação do colo do útero. O desconforto é sentido inicialmente na região abdominal inferior, estendendo-se à região lombossagrada, glúteos e coxas à medida que o trabalho de parto progride. A intensidade da dor varia também ao longo deste processo, sendo o seu aumento acompanhado pela dilatação uterina, frequência e intensidade das contrações. Quando há percepção de desconforto perineal, estamos perante a descida fetal e o início do segundo estágio do trabalho de parto, no qual há um aumento da intensidade da dor devido à compressão das estruturas pélvicas e perineais (Lança, 2017).

Machado & Graça (2017), apontam ainda que o mecanismo da dor se deva a aspetos como: a hipóxia miometrial, provocada pela compressão dos vasos durante a contração; a compressão dos nervos do colo e do segmento inferior, pela contração dos feixes musculares e ainda, devido ao estiramento do colo uterino durante a dilatação, como também do peritoneu adjacente.

Além destes mecanismos, existem ainda fatores que parecem estar associados à percepção da dor durante o trabalho de parto, como fatores fisiológicos, psicossociais e ambientais. No que respeita aos fatores fisiológicos, associa-se o aumento, a frequência e a intensidade das contrações em mulheres com história de dismenorreia e a intensidade da dor no trabalho de parto (pelo aumento das prostaglandinas); também é mencionada a diferença relativamente à paridade, sendo apontado que uma multípara terá tecidos mais flexíveis e com menos transmissão de implusos dolorosos; e ainda, o aumento da lombalgia na variedade posterior do polo cefálico, a macrossomia, bem como a adoção da posição supina. Quanto aos fatores

psicossociais, apontam para as experiências culturais e étnicas relativamente à percepção da dor e ainda, relativamente à transmissão de informação, quer no período pré-natal quer ao longo do trabalho de parto que por falta de esclarecimentos, a ansiedade e o medo poderão intensificar a experiência de dor. Por fim, os fatores ambientais, dizem respeito a todos os aspetos envolventes durante o trabalho de parto, quer as instalações, o ruído, a luminosidade, a possibilidade de mobilidade, o respeito pela privacidade e, ainda, o comportamento assumido pelos profissionais, que serão determinantes na eficácia do controlo da dor, bem como na satisfação da mulher relativamente aos cuidados e à sua experiência (Lança, 2017).

A dor associada ao trabalho de parto, intensifica esta experiência, que por si só já é fortemente revestida da componente emocional para o casal. Neste sentido, não é possível dissociar a experiência de trabalho de parto da vivência e interpretação que cada parturiente atribui não só aos sentimentos, como também aos estímulos físicos (Pedro & Oliveira, 2016). Contudo, “o conforto é mais do que a ausência de dor” (Collins et al, 1994 citado por Schuiling e Sampsel, 1999, p.79). Muito embora a abordagem clínica defenda que a sensação dolorosa deva ser eliminada do trabalho de parto, um ponto de vista alternativo permite-nos encarar este processo como natural, no qual a mulher pode ter uma experiência confortável, ao ser capaz de superar o desconforto da sua dor. A satisfação de necessidades ou desejos da parturiente, o autocontrolo e o apoio contínuo do profissional, são intervenções que proporcionam conforto e que se relacionam com uma abordagem centrada na pessoa. Neste sentido, devem ser promovidas não apenas medidas farmacológicas para o alívio da dor, mas principalmente o uso de medidas não farmacológicas (Lowdermilk, 2008b).

## **1.2 – O conforto à luz da Teoria de Katharine Kolcaba**

No sentido de melhor compreender o cuidado de enfermagem especializado e ainda de o perspetivar face à vivência individual do trabalho de parto, optou-se por mobilizar o referencial teórico de Katharine Kolcaba, utilizando a sua teoria de médio alcance do Conforto para nortear o presente trabalho.

A teoria de conforto Katharine Kolcaba aplicada à enfermagem resulta da relação entre as necessidades dos pacientes e as intervenções de enfermagem, com o conforto e resultados consequentes. O conforto para Kolcaba é considerado positivo e holístico, teoricamente definível e operacionalizável. É um estado resultante das intervenções de enfermagem para aliviar ou eliminar o *distress*, sendo um estado em que estão satisfeitas as necessidades básicas relativamente aos estados de alívio, tranquilidade e transcendência (Kolcaba & Kolcaba, 1991).

Mais tarde, Kolcaba completou a sua definição, ao afirmar que existem duas dimensões na Teoria do Conforto. A primeira dimensão contempla três estados: alívio, tranquilidade e transcendência. A segunda dimensão diz respeito ao contexto de conforto: físico, psicoespiritual, ambiental e social (Kolcaba, 1994, 2003).

Na elaboração da sua teoria, kolcaba contou com a colaboração de três teóricos no sentido de sintetizar os tipos de conforto a que se referia na sua análise. O alívio, foi definido por Orlando em 1961/1990, que descrevia a experiência de um paciente que teve uma necessidade específica de conforto que foi satisfeita. Já a tranquilidade, era definida como um estado de calma e foi sintetizada a partir do trabalho de Henderson em 1978, que descrevia as 13 funções básicas dos seres humanos que tinham de ser mantidas em homeostase. Por fim, a transcendência, surgiu de Paterson e Zderad em 1976/1988, era definida pelo estado em que cada pessoa ultrapassa os seus problemas ou a sua dor (Kolcaba & Kolcaba, 1991).

No que diz respeito à segunda dimensão desta teoria, Kolcaba refere que a experiência de conforto é sentida nos quatros contextos já mencionados. O contexto físico diz respeito às sensações corporais e às questões fisiológicas que afetam o estado físico da pessoa, tais como descanso e relaxamento, nível de nutrição, hidratação e eliminação. O contexto psicoespiritual refere-se à consciência de si, combinando componentes mentais, espirituais e emocionais, incluindo a autoestima, o autoconceito e a sexualidade, podendo também envolver uma ordem ou ser superior. Já o contexto social remete para relações interpessoais, familiares e sociais. E, por fim, o contexto ambiental refere-se ao ambiente externo, condições e influências, bem como aos elementos naturais ou artificiais do meio envolvente. A esta definição estão associados aspetos como a cor, o ruído, a luz, o ambiente e a temperatura (kolcaba, 2003).

Os pressupostos que sustentam a Teoria do Conforto de Kolcaba são: os seres humanos têm respostas holísticas a estímulos complexos; o conforto é um resultado holístico desejável relativo à disciplina de Enfermagem; os seres humanos demonstram um esforço ativo para satisfazer, ou para que satisfaçam, as suas necessidades básicas de conforto; e, por último, a integridade institucional baseia-se num sistema de valores, orientado para os recetores dos cuidados (Kolcaba, 1994, 2001).

Para esta autora, a Enfermagem é vista como a apreciação intencional das necessidades de conforto, a conceção das medidas de conforto para abordar essas necessidades e a reapreciação dos níveis de conforto, após a implementação, comparados com a anterior linha de base. Logo, a intervenção de enfermagem é a ação de confortar e o conforto é o resultado dessa intervenção (Apóstolo, 2009). Um dos principais objetivos da Enfermagem passa por ajudar o indivíduo a suportar o seu sofrimento, a obter conforto, consolidando o seu potencial no sentido de realizar o seu projeto de vida (Kolcaba, 2003).

A necessidade de cuidados surge sempre de uma situação provoca um desequilíbrio, isto é, quando há um estímulo ou tensão induzida por forças obstrutivas, que supera as forças facilitadoras. Para Kolcaba o estímulo é parte integrante do ambiente a que as pessoas atendem e reagem durante um determinado episódio da sua vida. As forças obstrutivas correspondem às necessidades de cuidados de saúde, as forças facilitadoras aos cuidados de conforto prestados pelo Enfermeiro, e as forças interativas são variáveis que influenciam este processo, como por exemplo, as experiências passadas, a idade, o estado emocional, os sistemas de apoio (Kolcaba, 1994).

A tensão negativa produz um desequilíbrio entre as forças obstrutivas e facilitadoras disponíveis. Os enfermeiros identificam necessidades de conforto e direcionam as suas intervenções com o intuito de mover a tensão numa direção positiva. Por sua vez, os pacientes determinam se as intervenções aumentaram seu conforto, enquanto que os enfermeiros podem determinar a percepção dos pacientes de conforto por meio de avaliação subjetiva e/ou objetiva. O objetivo final desta teoria é que haja um aumento no conforto, indicando que tensões negativas são diminuídas e tensões positivas são aumentadas (Kolcaba, 1994). Os enfermeiros devem avaliar

se o conforto foi alcançado, contribuindo assim para uma boa percepção física, psicoespiritual, ambiental e social do conforto por parte da pessoa cuidada (Kolcaba, 1994, 2003).

Esta teoria pode fornecer uma estrutura no sentido de orientar a prática dos enfermeiros no planeamento, na aplicação e avaliação de cuidados de conforto durante o trabalho de parto, uma vez que apresenta objetivos que assentam na visão da pessoa como um todo, em interação com o ambiente, sendo por isso particularmente adequados à experiência da parturiente (Koehn, 2000). Ainda Schuiling & Sampsel (1999) referem que intervenções que promovem o conforto durante o trabalho de parto, capacitam a mulher para uma atitude mais ativa no nascimento. A mulher que experiencia um estado de conforto, está então mais apta e disponível a ter comportamentos facilitadores do seu trabalho de parto, uma vez que sente as necessidades básicas de conforto satisfeitas, conseguindo centrar-se de uma forma mais equilibrada em todo o processo.

### **1.3 – Cuidados especializados promotores de conforto durante o trabalho de parto**

A crescente preocupação pela humanização na experiência do parto e a busca de uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados à mulher/casal, tem levado os profissionais de saúde a proporcionar um maior acompanhamento da mulher. Durante o trabalho de parto a mulher experiencia emoções como a excitação, ansiedade, medo da dor, entre outras, pelo que o ambiente em que este ocorre deve permitir à mulher o acompanhamento, com respeito à sua privacidade, que lhe permita uma sensação de conforto e que proporcione a expressão livre de emoções, longe de olhares que discordem das suas decisões (Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras, APEO, 2009).

Segundo Schuiling & Sampsel (1999), as intervenções que aumentam o conforto durante o trabalho de parto dão capacidade à mulher para participar ativamente e controlar este acontecimento, mantendo-a mais atenta às experiências e emoções do seu corpo. Aumentar o conforto pode permitir que as mulheres

encontrem a força necessária para trabalhar com a natureza durante o parto. Em contraste, o nascimento "medicalizado", aliena a mulher de si mesma e da sua experiência.

Atendendo à visão de promoção do conforto, este conceito deve ser considerado como parte integrante da arte do cuidado de enfermagem em saúde materna e obstetrícia. O conceito de conforto como fortalecimento durante o trabalho de parto desafia o modelo biomédico dominante nos cuidados obstétricos prestados nalgumas realidades, dado que, aumentar o conforto pode diminuir a desigualdade de poder entre uma mulher e o prestador de cuidados, proporcionando uma mudança de paradigma na interpretação do significado do trabalho de parto. Neste sentido, o conforto deve ser visto como uma necessidade humana básica, um requisito para a saúde e uma componente integral dos cuidados de enfermagem (Schuiling & Sampsel, 1999).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2015), o Enfermeiro Obstetra tem como foco de atenção dos seus cuidados a mulher nas distintas fases do trabalho de parto, incluindo a dor e as técnicas não farmacológicas no seu alívio, bem como o estabelecimento de uma relação de ajuda, confiança e empatia visando o conforto e bem-estar materno-fetal. Neste sentido, o enfermeiro esclarece os sinais e sintomas do início do trabalho de parto, encoraja a mulher a adoptar a posição que mais conforto lhe proporciona ao longo do trabalho de parto, oferecendo à parturiente um apoio contínuo e um ambiente calmo, com privacidade e segurança.

Ainda de acordo com a entidade reguladora da profissão, uma das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecológica, confere a este profissional a capacidade de “[Cuidar] a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto”, que pressupõe a prestação de cuidados à “mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efectuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extra-uterina” (Regulamento n.º 127/2011 de 18 de Fevereiro, p.8664).

Corroborando com as competências enunciadas pela Ordem dos Enfermeiros, também a International Confederation of Midwives (ICM, 2015, p.9), defende que o Enfermeiro Obstetra é o profissional capacitado para a prestação de "cuidados de



elevada qualidade e culturalmente sensíveis durante o parto, [que] conduzem um parto limpo e seguro”, e na promoção de “medidas de conforto no primeiro e segundo estádios do trabalho de parto (por exemplo, presença/assistência familiar, posicionamento para trabalho de parto e nascimento, hidratação, suporte emocional, métodos não-farmacológicos para o alívio da dor)” (ICM, 2013, p.11).

Segundo APEO (2009), a mulher deve ter apoio durante todo o trabalho de parto, incluindo este o apoio proporcionado pelo marido ou pessoa significativa, bem como o apoio prestado pelo Enfermeiro Obstetra. Este apoio demonstrou ter benefícios, como a menor utilização de analgesia farmacológica, um menor número de partos vaginais instrumentados e cesarianas, e ainda, uma maior satisfação com a sua experiência de parto. Este apoio contínuo e personalizado que o enfermeiro especialista presta tem por base quatro elementos: a informação, o apoio físico ou tátil, apoio emocional e a representação. O Enfermeiro Obstetra tem um papel fundamental não apenas no domínio informativo, comunicando e aconselhando a mulher acerca da evolução do seu trabalho de parto, a transmissão compreensível de uma terminologia acerca das diferentes atividades que se realizam, bem como da sua finalidade; no que respeita ao apoio físico, este trata-se de oferecer todas as medidas que ajudam a melhorar o conforto, como manter as roupas limpas e secas, proporcionar hidratação da mucosa oral e facilitar a ingestão, oferecer a possibilidade de banhos ou duchas, e ainda técnicas respiratórias, massagens, a mobilidade e as alterações posturais; já no que respeita ao apoio emocional, este deve manter uma assistência contínua ao longo do trabalho de parto, mantendo uma atitude empática, amável e paciente, potenciando a autoconfiança e tranquilizando-a sempre que necessário; e, por último, a representação, que se baseia num auxílio à expressão e à comunicação das suas decisões e desejos (APEO, 2009).

Seguindo esta linha de pensamento, também Amaral & Martins (2016), abordam o conforto como o cuidado especializado de enfermagem que visa a manutenção das necessidades da parturiente ao longo de todo o TP. Estas autoras enumeram três pontos-chave no âmbito destes cuidados: a nutrição, o suporte contínuo e a deambulação. No que respeita à nutrição, a ingestão de comida e bebida é vista como um cuidado de conforto à mulher durante o trabalho de parto. Uma vez que não existe evidência científica suficiente para apoiar a prática de jejum da

parturiente com o objetivo de diminuir o risco de aspiração do conteúdo gástrico, o Enfermeiro Obstetra deve proporcionar a ingestão ao longo do TP enquanto não existir um risco sugestivo da necessidade de uma anestesia geral. Quanto ao suporte contínuo, que consiste numa interação humana intencional entre o Enfermeiro Obstetra e a parturiente, tem sido fortemente abordada como uma medida que permite à mulher experienciar de forma positiva todo o processo de nascimento. Este aspeto pode caracterizar-se em diferentes contextos, sendo eles: o suporte físico, o suporte emocional, o suporte de informação e instrução e o suporte de *advocacy* (proteção), que vão ao encontro da perspetiva abordada no parágrafo anterior. Já a deambulação, está intimamente ligada à liberdade de movimentos e à adoção da posição mais confortável para a mulher. Deixar de lado a orientação para que a mulher permaneça deitada ao longo do TP e incentivá-la a encontrar a posição que lhe proporcione maior conforto, pode influenciar a sensação de bem-estar e controlo relativamente a todo o processo de nascimento (Amaral & Martins, 2016).

Em 1996, a World Health Organization produziu um Guia Prático de recomendações para a prestação de cuidados no parto normal “*Care in Normal Birth: a practical guide*”. Este documento apresenta-nos evidência científica acerca do apoio empático e físico contínuo durante o trabalho de parto que, quando prestado pelo Enfermeiro Obstetra resultou em muitos benefícios, incluindo trabalho de parto menos prolongado, significativamente menos medicação e analgesia epidural, menos índices de Apgar < 7 e menos partos distócicos. Uma mulher em trabalho de parto deve ser acompanhada por alguém em quem confie e com quem se sinta confortável. Neste sentido, o Enfermeiro Obstetra é o profissional capaz de prestar cuidados tanto ao nível da competência como da sensibilidade, fornecendo-lhe a informação e explicação que esta deseja.

Ainda de acordo com a WHO (1996), outra evidência referida diz respeito à mobilidade e posição durante o trabalho de parto. Apesar da prevalência continuada da posição supina, existem já muitas opções à disposição da mulher. No entanto, várias são as restrições que limitam frequentemente essas opções, desde a conceção da cama obstétrica aos protocolos de serviço que implicam a necessidade de acessos venosos por rotina ou equipamento de monitorização. Se tais restrições se limitarem ao estritamente necessário, a mulher poderá ficar de pé, andar, sentar-se, tomar um

banho ou duche para relaxar ou adoptar cada posição alternadamente, de acordo com a sua preferência. Estudos que compararam essas posições com a posição supina constataram que, através a alteração de posição e a adoção de uma posição mais confortável para a mulher, em média, o trabalho de parto foi experimentado como menos doloroso (WHO, 1996).

Recentemente, a mesma organização, lançou um documento que se intitula “*WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*” (WHO, 2018), fazendo referência aos cuidados recomendados durante o trabalho de parto para uma experiência positiva de nascimento e no qual se incluem os cuidados de conforto à parturiente. As recomendações para a prática de cuidados, no que se refere aos cuidados de conforto à parturiente são as seguintes: o respeito e atenção durante o TP; o apoio emocional de um acompanhante da sua preferência; a comunicação efetiva dos profissionais; o uso de estratégias de alívio da dor; a ingestão de líquidos e alimentos via oral durante o TP; a mobilidade e a adoção da posição da sua preferência no parto; e, ainda, a proteção perineal (WHO, 2018).

Em 2013, a OE criou o “Projeto Maternidade com Qualidade” no sentido de garantir a segurança e a qualidade dos cuidados, que respeitem os direitos, as necessidades e as expectativas da mulher/casal, através da efetiva regulação do exercício profissional. Para tal, foram criados indicadores de evidência que procuram influenciar os indicadores da prática clínica: a hidratação/ingesta em trabalho de parto; o estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto; a episiotomia/ utilização na prática clínica; a amamentação/ 1ª hora após o parto; e o alívio da dor/ medidas não farmacológicas no trabalho de parto e parto (OE, 2013a). Estes indicadores, além da segurança e da qualidade dos cuidados especializados revelam-se também uma mais-valia na promoção do conforto da parturiente e na promoção de uma experiência positiva de nascimento.

Ainda no que diz respeito a padrões de qualidade, em 2016, a WHO produziu o documento “*Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities*”, onde contempla a estrutura da qualidade de cuidados maternos e ao recém-nascido, nomeando oito domínios da qualidade de cuidados: práticas baseadas em evidências para cuidados de rotina e tratamento de complicações; sistemas de informação acionáveis; sistemas de referência de funcionamento; comunicação

eficaz; respeito e preservação da dignidade; apoio emocional; pessoal competente e motivado; e disponibilidade de recursos físicos essenciais. (WHO, 2016). Este documento, bastante abrangente no que respeita aos cuidados especializados, evidencia aspetos no âmbito da promoção de uma experiência de cuidados de qualidade, que corroboram a importância dos cuidados de conforto.

Sendo tão claras as recomendações das organizações nacionais e internacionais, torna-se possível considerar o conforto como um cuidado esperado pela parturiente/casal aquando da prestação de cuidados pelo Enfermeiro Obstetra. O ato de confortar deve então ter por base o relacionamento que se estabelece entre a parturiente/casal e o profissional, sendo expressado através de intervenções especializadas do cuidar anteriormente referidas. Efetivamente, o conforto experienciado pela mulher/casal durante o trabalho de parto deve ser uma prioridade nos cuidados prestados pelo Enfermeiro Obstetra, por se revelar uma fonte de suporte, que cria uma atmosfera adequada, segura e humanizada, e que possibilita a mulher/casal desfrutar de uma experiência positiva.

## **2. PERCURSO DE APRENDIZAGEM E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS**

Tal como já foi referido, a UC Estágio com Relatório teve a duração de 18 semanas, com início em contexto de prática simulada de alta fidelidade na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) e, posteriormente, repartidas pelo Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia (SUOG) / Sala de Partos de duas Unidades Hospitalares, uma na região do Algarve e a outra na região de Lisboa. Saliento que a minha prestação de cuidados especializados se efetuou maioritariamente no âmbito de sala de partos, dado que só aí poderiam ser desenvolvidas algumas competências específicas do Enfermeiro Obstetra e que iam ao encontro da finalidade desta UC: Desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à mulher/RN/família, durante os diferentes estádios do trabalho de parto, puerpério e período neonatal.<sup>3</sup>

A aquisição de competências é um processo dinâmico, que emerge da experiência, evoluindo ao longo do tempo no contacto com a realidade, através de uma vivência pessoal e profissional. Segundo Benner (2005), na aquisição e desenvolvimento de competências, o enfermeiro passa por cinco níveis de proficiência, de iniciado a perito. Na atuação do perito, que se encontra no nível mais alto de proficiência, é notório o nível de conhecimentos especializados e as suas competências para a tomada de decisão, a comunicação eficaz, o estabelecimento de prioridades e a atuação perante situações imprevistas e complexas. Assim, preconizei para a UC Estágio com Relatório o desenvolvimento de competências, aliando o conhecimento teórico à experiência proporcionada, com vista à evolução no meu nível de proficiência. Refiro-me às competências comuns enquanto Enfermeira Especialista, às competências específicas no âmbito da Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, na qual se inclui a competência relativa à área de intervenção da temática em estudo e, ainda, às competências no sentido da obtenção do grau de Mestre.

O Enfermeiro Especialista é o profissional que possui um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, atendendo às respostas

---

<sup>3</sup> Unidade Curricular Estágio com Relatório (Documento Orientador). Regente: Santos, A.F. ESEL, 2017/2018

humanas a transições de saúde-doença, expresso em elevados níveis de julgamento clínico e tomada de decisão, que lhe possibilitam a aquisição de um conjunto de competências especializadas relativamente a uma área de intervenção (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro).

O estudo da temática escolhida para a UC vai ao encontro do desenvolvimento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, no sentido em que se pretendeu o exercício de uma “praxis clínica especializada, [baseada] em sólidos e válidos padrões de conhecimento”, (...) promovendo “práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”, (...) que visam a “optimização da qualidade dos cuidados”, (...) e que promovem “um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e protecção dos indivíduos/grupo” (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro, pp.8649-8653).

Sendo a realização do Estágio com Relatório uma das modalidades propostas para a aquisição do referido grau académico, revelou-se também fundamental o desenvolvimento de algumas competências referidas pelos Descritores de Dublin para o 2º Ciclo de Estudos. Neste sentido, pretendeu-se também ao longo desta UC: a demonstração de conhecimento e compreensão, sustentado nos conhecimentos do 1º ciclo de estudos e desenvolvido, nomeadamente, no âmbito da investigação; a aplicação desses conhecimentos no sentido da resolução de problemas em situações relacionadas com a área da saúde materna, obstétrica e ginecológica; a realização de julgamento, no sentido de integrar conhecimentos, lidando com situações complexas e que permitiram a tomada de decisão; a comunicação, tendo em vista a capacidade de comunicar as conclusões e raciocínio subjacente de forma clara e sem ambiguidades e, ainda, as competências de autoaprendizagem, que permitiram uma aprendizagem autónoma e orientada ao longo do percurso (Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de Março).

O desenvolvimento das competências específicas em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica de acordo com o Regulamento n.º 127/2011 de 18 de Fevereiro e corroboradas pela ICM (2015), serão descritas seguidamente, atendendo aos contextos onde foi realizada esta UC – Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia/Sala de Partos.

❖ **Cuidados de enfermagem especializados à Mulher/família que recorre ao serviço de urgência de obstetrícia e ginecologia**

A prestação de cuidados especializados num SUOG, além de complexa, requer competências específicas que permitam atuar em situação de saúde/doença/risco obstétrico e/ou ginecológico, no sentido da promoção da saúde, prevenção e deteção precoce de complicações, bem como apoiando os processos de transição e adaptação subjacentes à situação da Mulher, entidade beneficiária dos cuidados desta especialidade (Regulamento n.º 127/2011 de 18 de Fevereiro).

Num serviço deste âmbito, a triagem permite o primeiro contacto da pessoa com o Enfermeiro Obstetra, no qual este assume, de acordo com as suas competências específicas, a responsabilidade pela implementação de intervenções de identificação adequadas ao nível de risco da Mulher, no sentido de atuar de forma objetiva e sistematizada (OE, 2017), referenciando para outro profissional sempre que a situação vá além da sua área de atuação (Regulamento n.º 127/2011 de 18 de Fevereiro).

Atendendo ao anteriormente exposto, aproveitei todas as oportunidades de aprendizagem para conceber, planear, implementar e avaliar cuidados especializados no sentido de “[diagnosticar] precocemente e prevenir complicações (...) durante o período pré-natal e em situação de abortamento” (Regulamento n.º 127/2011 de 18 de Fevereiro, p.8663) e ainda, “providenciar cuidados nas situações que possam afectar negativamente a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal” (Regulamento n.º 127/2011 de 18 de Fevereiro, p.8665). De facto, as situações com as quais me deparei no SUOG, dizem maioritariamente respeito ao âmbito da competência “H2. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal” (Regulamento n.º 127/2011 de 18 de Fevereiro, p.8663), tendo ocorrido uma situação que propiciou também o desenvolvimento da competência “H4. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal” (Regulamento n.º 127/2011 de 18 de Fevereiro, p.8664). O desenvolvimento destas competências atesta também o preconizado pela ICM (2015), nas competências 3, 5 e 7.

Ao longo do percurso da UC, as situações que motivaram a ida da Mulher ao SUOG foram situações de contratilidade uterina, rotura prematura de membranas, perdas hemáticas no 1º trimestre da gravidez e dificuldade no aleitamento materno.

No que respeita à Mulher que recorria por contratilidade uterina, esta foi a situação mais experienciada, essencialmente em gestações de termo. Deste modo, na monitorização da gravidez, as intervenções realizadas visaram a valorização da sintomatologia da mulher aproveitando a oportunidade para a observação do seu estado geral, a avaliação de parâmetros vitais, a consulta do boletim de saúde da grávida (confirmando a idade gestacional, grupo de sangue, antecedentes pessoais e obstétricos, vigilância e evolução da gravidez, existência de patologia associada ou prévia e valores analíticos), a avaliação do bem-estar materno-fetal utilizando os meios clínicos e técnicos adequados (Manobras de Leopold, auscultação dos batimentos cardíacos fetais, realização de cardiotocografia ou de tocograma/monitorização da contratilidade uterina), de acordo com a idade gestacional ou situação clínica, bem como a sua posterior interpretação e validação com a Enfª orientadora. A admissão era também um momento valioso para o estabelecimento de uma relação de ajuda, para a capacitação da mulher/casal e para o esclarecimento de dúvidas, nomeadamente no que diz respeito aos desconfortos associados à gravidez, bem como para o reforço da informação acerca dos sinais e sintomas de alerta que devem ser motivo de ida ao SUOG. Sempre que adequado, foi também realizado toque vaginal no sentido de identificar e monitorizar a possibilidade de a mulher estar em trabalho de parto; aquando da rotura de membranas foram também observadas as características do líquido amniótico e confirmada a hora de rotura no sentido de dar início ao protocolo da instituição (antibioterapia), quando adequado e de acordo com a situação. Atendendo às especificidades de cada situação, foram sempre tidos em conta os aspetos preconizados e estabelecidas prioridades nas intervenções de enfermagem especializadas, sendo esse um aspeto no qual progressivamente fui adquirindo autonomia. Sempre que se justificava o internamento da grávida, colaborei nesse sentido, assegurando a sua transferência e a transmissão de informação propícia à continuidade dos cuidados.

No que diz respeito às situações de hemorragia vaginal no 1º trimestre da gravidez, que se traduziam em situações de abortamento espontâneo, atuei sempre no sentido da sua identificação e monitorização, planeando juntamente com a Enfª orientadora e equipa multidisciplinar a implementação intervenções no sentido de potenciar a saúde da mulher. Além da administração de terapêutica e vigilância hemodinâmica da mulher, foi promovido um ambiente calmo e confortável, no qual



pude também prestar o suporte emocional à mulher/casal que vivenciava o processo de luto. De acordo com cada situação, sempre que a mulher se encontrava hemodinamicamente estável mas havia necessidade de dar continuidade ao tratamento, foi assegurada a continuidade de cuidados e transferência para o serviço de ginecologia.

No que diz respeito à situação da puérpera que recorreu ao SUOG devido à dificuldade no processo de aleitamento materno, foi promovido um ambiente calmo e com privacidade onde se pudesse proceder à observação física da mulher, como também no sentido de se poder observar a mamada. Neste sentido, foi proporcionado suporte emocional, dado que este era um aspeto que a estava a afetar no processo de adaptação à parentalidade, como também suporte informativo acerca dos sinais de boa pega e posicionamento, aplicando medidas corretivas no que diz respeito ao aleitamento materno e acerca de técnicas de esvaziamento mamário, no sentido de prevenir complicações. Nesta situação, a puérpera foi posteriormente informada acerca dos recursos existentes na comunidade, tais como o “Cantinho da Amamentação”, existente na unidade hospitalar.

Reportando-me ao referencial teórico de que norteou a prática de cuidados especializados, sendo um dos principais objetivos da Enfermagem ajudar o indivíduo a suportar o seu sofrimento, neste contexto, as forças obstrutivas que a teórica refere, dizem respeito às situações que motivaram a ida da Mulher ao SUOG, necessitando das forças facilitadoras, isto é, os cuidados do Enfermeiro Obstetra, para mover as tensões negativas numa direção positiva, permitindo à Mulher experienciar o conforto, no sentido de prosseguir o seu projeto de vida (Kolcaba, 2003).

❖ **Cuidados de enfermagem especializados à Mulher/família nos diferentes estádios do trabalho de parto, promovendo a saúde e o conforto da parturiente, bem como a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina**

O Enfermeiro Obstetra, é o profissional capacitado para “[cuidar] a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efectuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extra-uterina” (Regulamento n.º 127/2011 de 18 de Fevereiro,

p.8664). Comprovando, também a ICM (2015, p.9) que lhe atribui a competência de prestação de “cuidados de elevada qualidade e culturalmente sensíveis durante o parto, [conduzindo] um parto limpo e seguro e [resolvendo] determinadas situações de emergência para maximizar a saúde das mulheres e dos seus filhos recém-nascidos”. Neste sentido, ao longo desta UC prestei cuidados especializados nos quatro estádios do trabalho de parto, desenvolvendo atividades que me permitiram adquirir estas competências.

No que respeita à descrição já feita no enquadramento teórico acerca dos diferentes estádios do trabalho de parto, neste ponto, far-se-á referência apenas a conceitos e não a definições, no sentido de não duplicar a informação. Relativamente ao 1º estágio do trabalho de parto, que se divide em duas fases, embora atualmente existam opiniões divergentes acerca da sua divisão, é importante salientar que neste trabalho se considera a fase ativa a partir dos 3 cm (e não a partir dos 5 cm tal como refere a WHO, 2018), dado que nas instituições onde prestei cuidados especializados era esse o parâmetro considerado.

O trabalho de parto é uma experiência marcante na vida da mulher/casal, que envolve sentimentos como o medo, a ansiedade, a expectativa, entre outros, pelo que o acolhimento na sala de partos é um aspeto fundamental. Possivelmente é o primeiro contacto da parturiente com este espaço físico, onde desconhece as pessoas, os equipamentos e também as rotinas ou procedimentos.

Idealmente, a visita à maternidade deveria ocorrer ainda no período pré-natal, tal como refere Batista & Pereira (2016) cujo principal objetivo é dar a conhecer à mulher/casal, o circuito que farão ao longo de todo o processo, desde a admissão até à alta. Esta visita deve ser feita pelo Enfermeiro Obstetra, pela mais-valia na transmissão de informação e esclarecimento de dúvidas, sempre no sentido da tomada de decisão esclarecida, bem como na minimização de fatores como o medo ou a ansiedade. Ao longo desta UC tive a oportunidade de efetuar uma visita com um casal, facto que se revelou um aspeto facilitador e promotor de uma experiência positiva dado que, posteriormente, pude também acompanhá-los ao longo dos diferentes estádios do trabalho de parto.

Contudo, há que proporcionar este acolhimento e transmissão de informação a todas as parturientes. Este foi um aspeto bastante trabalhado ao longo da UC, dado

que na sala de partos, o acolhimento é sempre feito pelo Enfermeiro Obstetra, que ocorre na maioria das vezes, na fase ativa do **1º estágio do trabalho de parto**. Deste modo, atuei sempre no sentido de estabelecer uma relação de ajuda, tentando compreender quais as suas expectativas, dúvidas ou receios, facilitando a adaptação ao espaço físico e transmitindo a informação pertinente de acordo com cada situação. É importante salientar que ao longo da UC pude experienciar situações de acolhimento diferentes, dado que, nem todas as mulheres são admitidas no mesmo estágio de trabalho de parto, o que implica saber adequar a atuação e o estabelecimento de prioridades perante cada situação.

A parturiente admitida na sala de partos, era transferida do SUOG ou do internamento de grávidas, havendo uma continuidade de cuidados e uma transmissão de informação por parte do Enfermeiro Obstetra, com base no processo clínico (relativamente a todos os dados obstétricos e pessoais relevantes), que inclui o partograma. De acordo com Prada & Rafael (2016), o partograma permite uma representação gráfica do trabalho de parto, monitorizando a evolução não só da parturiente como do feto, através da análise da dilatação cervical e da descida da apresentação fetal, em relação ao tempo. Contudo há que ter em conta todos os fatores que influenciam o trabalho de parto, cujo enfermeiro não pode descurar. As opiniões quanto à utilização do partograma são divergentes, facto que pude constatar nas diferentes unidades hospitalares onde realizei esta UC. De qualquer modo, tive oportunidade de consolidar conhecimentos no que diz respeito ao seu correto preenchimento e interpretação. Quando devidamente preenchido, este representa uma “ferramenta absolutamente essencial no trabalho de parto, não é apenas um documento de registo, é também um instrumento de diagnóstico” (OE, 2015, p.42).

Após o acolhimento, procedi à avaliação do bem-estar materno-fetal através de cardiotocografia (CTG), que se mantinha contínua no 1º e 2º estádios do trabalho de parto e com registo em central, que permitia a avaliação e interpretação. Embora este seja um procedimento que à luz da evidência científica atual não seja recomendado, é o preconizado em ambas as instituições onde realizei a UC. Atualmente as recomendações referem apenas a necessidade de auscultação intermitente dos batimentos cardíacos fetais (a cada 15 a 30 minutos no 1º estágio e a cada 5 minutos

no 2º estágio), em detrimento da monitorização contínua nas parturientes de baixo risco, com trabalho de parto espontâneo (WHO, 2018).

Os aspetos anteriormente referidos para a monitorização do trabalho de parto e do bem-estar materno-fetal, geraram diversas oportunidades de aprendizagem e de reflexão crítica com as Enfermeiras orientadoras, representando também uma mais-valia na “[identificação e monitorização] de desvios ao padrão normal de evolução do trabalho de parto”, referenciando a situação à equipa médica sempre que necessário (Regulamento n.º 127/2011 de 18 de Fevereiro, p.8664).

No momento em que a parturiente/casal se familiarizava com o espaço físico, era estabelecida a relação de ajuda com vista à promoção do plano de parto, quer ele tivesse sido elaborado previamente, quer partisse apenas da necessidade de falar acerca das expectativas para a experiência de trabalho de parto. De acordo com a OE (2015, p.39), “quando a Mulher não apresenta plano de parto deve ser encorajada a pronunciar-se sobre as suas preferências e sentir que estas são suportadas”.

Neste âmbito, criou-se também a oportunidade de aplicação do projeto deste Estágio, uma vez que conhecer as expectativas da mulher/casal, me permitiu “[conceber, planear, implementar e avaliar] intervenções de promoção de conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos” (Regulamento n.º 127/2011 de 18 de Fevereiro, p.8664). Este é um tema transversal aos diferentes estádios do trabalho de parto, que se inicia na relação de ajuda estabelecida no acolhimento. Atender às preferências da parturiente permitiu-me a transmissão de informação para a tomada de decisão esclarecida, informar sobre métodos farmacológicos de alívio da dor e sugerir métodos não farmacológicos como o uso da bola de pilates, a massagem e as técnicas de relaxamento. Neste sentido, criava-se também uma oportunidade para incentivar a pessoa significativa no sentido desta poder ter uma participação ativa, caso fosse essa a sua vontade. A parturiente era também informada acerca dos benefícios da mobilidade durante o trabalho de parto e a mudança de posição. Também a hidratação oral era sugerida. Estes são aspetos promotores da experiência de conforto da parturiente, que vão ao encontro da temática escolhida para a realização deste trabalho, e também recomendados pela WHO (2018) para uma experiência positiva do nascimento.

Sempre que a opção era a analgesia epidural, tive também a oportunidade de participar nesse procedimento, bem como na administração posterior dos fármacos prescritos. Para esse efeito, eram avaliados os parâmetros vitais e assegurado acesso venoso periférico, com perfusão de Lactato de Ringier com o objetivo de manutenção da volémia e prevenção da hipotensão. Colaborei no posicionamento da parturiente para a realização da técnica, bem como com o anestesista no que respeita ao material. Embora este seja um procedimento médico, atuei sempre atendendo ao pressuposto de que “os cuidados obstétricos devem ser prestados de acordo com o princípio do consentimento informado” (OE, 2015, p.54), colaborando no que diz respeito à tomada de decisão esclarecida.

Além das intervenções já referidas para avaliação do bem-estar materno-fetal, também o exame físico é fundamental, pois permite a avaliação da progressão do trabalho de parto. De acordo com a WHO (2018) o toque vaginal está recomendado para avaliação por rotina de 4 em 4 horas, com o consentimento da Mulher, na fase ativa do trabalho de parto, em parturientes de baixo risco. Esta recomendação tem como principal objetivo a diminuição do foco infeccioso provocado pela manipulação, que se traduz na diminuição da morbidade materna e neonatal. Além deste aspeto é também salientada a prevenção do desconforto provocado por este procedimento, promovendo assim cuidados de conforto.

Ao longo da UC nem sempre se verificaram estes intervalos de tempo, sendo também um aspeto a salientar a questão da aprendizagem, que implicou essencialmente numa fase inicial, a duplicação da observação no sentido da validação por parte da enfermeira orientadora. Contudo, foi sempre transmitida esta informação às parturientes, solicitando o seu consentimento e dando-lhes a possibilidade de recusar a intervenção.

Neste âmbito, foram diversas as oportunidades de aprendizagem, que progressivamente me permitiram compreender melhor cada parâmetro de avaliação, quer relativamente ao colo uterino (posição, consistência, extensão e dilatação), quer relativamente à apresentação (confirmação da apresentação cefálica, a variedade, identificação das estruturas, identificação de situações de assinclitismo, identificação do plano da apresentação), como no que respeita à bacia óssea (identificando as estruturas em comparação com o polo fetal, no sentido de compreender a

compatibilidade feto-pélvica) e ainda à integridade das membranas ou identificando a sua rotura e avaliação das características do líquido amniótico.

Importa ainda salientar que a avaliação do bem-estar materno é fundamental e deve atender à “vigilância do estado geral e sinais vitais, fluídos administrados, eliminação vesical, hidratação oral e comportamento” (OE, 2015, p.42). Estes aspetos foram sempre tidos em conta, promovendo medidas de conforto que melhorassem o desconforto das parturientes, contudo, existem ainda algumas práticas a repensar, nomeadamente no que respeita ao uso rotineiro de perfusões de oxitocina no sentido de acelerar a progressão do trabalho de parto e que são práticas não recomendadas à luz da evidência atual (WHO, 2018).

De acordo com Lança (2017), quando há a perceção de desconforto perineal, estamos perante a descida fetal e o início do **2º estágio do trabalho de parto**, que pode demorar até 3 horas nas primíparas ou 2 horas nas múltiparas (WHO, 2018). Nesta fase, a parturiente alterna períodos de repouso, com períodos de grande desconforto aquando das contrações uterinas, desejando o alívio da dor, sentindo por vezes que este processo é muito moroso, podendo mesmo verbalizar que se sente incapaz (OE, 2015).

Neste contexto, a atuação ao longo desta UC, embora a maioria das parturientes tivesse sido submetida a analgesia epidural, foi no sentido de incentivar a alternar posicionamentos, adotando posições não supinas e realizar esforços expulsivos apenas quando sentisse necessidade. Atendendo à preferência das parturientes, as posições adotadas no período expulsivo foram maioritariamente em decúbito lateral e litotomia, com recurso às pernas em posição de apoio para os pés.

Quando a mulher iniciava esforços expulsivos, era fundamental reconhecer o potencial da parturiente através do reforço positivo, mantendo a comunicação no intervalo das contrações, sempre com uma abordagem calma, ao mesmo tempo que providenciava o material necessário para efetuar o parto, bem como o equipamento de proteção individual e mantinha a vigilância do bem-estar materno-fetal através da CTG, atendendo às suas características devido ao período expulsivo. Este era também um momento em que se reforçava a participação ativa da pessoa significativa, no

sentido de colaborar com a parturiente no controlo da respiração e nos momentos de relaxamento, bem como nos momentos de esforços expulsivos.

Atendendo ao mecanismo do parto em apresentação de vértice, de acordo com os movimentos passivos da apresentação fetal que permitem a sua passagem através do canal de parto - encravamento, descida, flexão, rotação interna, extensão, rotação externa e restituição, e expulsão (Machado & Graça, 2017), quando se dava a extensão e o pólo cefálico atingia a vulva, este era exteriorizado por extensão progressiva. Neste momento, era oportuno observar a distensão perineal, realizando a proteção ativa do períneo e avaliando a necessidade de realização de episiotomia, sempre atendendo a que esta deve ser feita de um modo seletivo.

Quando ocorria a expulsão da cabeça fetal, era feita pesquisa de circulares cervicais que, embora tenham sido frequentes ao longo desta UC, poucas foram as vezes que foi necessário recorrer à clampagem e corte imediato do cordão. Nestas situações, tive oportunidade de proceder à passagem do cordão pela cabeça caso fossem circulares largas ou realizar a manobra de *Somersault*, permitindo assim que o cordão mantivesse a perfusão sanguínea e promovendo a sua clampagem tardia, tal como recomendado atualmente (WHO, 2018), dando sempre a possibilidade à parturiente ou à pessoa significativa de o fazer, caso fosse esse o seu desejo.

Após a saída da cabeça fetal, procedia-se então à extração do ombro anterior, à extração do ombro posterior e, sempre que a mulher manifestou essa vontade, foi-lhe dada a oportunidade de extrair o RN e colocá-lo em contacto pele-a-pele consigo.

Ainda neste âmbito, importa fazer referência a outra situação de risco materno-fetal – distócia de ombros - com a qual me deparei e tive oportunidade de agir adequadamente, identificando os sinais e recorrendo à manobra de *McRoberts*, com necessidade de pressão supra-púbica para a sua resolução, bem como do apoio da equipa que estava a prestar cuidados à parturiente.

Importa salientar que por diversas vezes, essencialmente nas parturientes que preferiram a posição de decúbito lateral e em múltiparas, foi promovida uma conduta totalmente *hands-off* durante o período expulsivo, o que foi uma experiência também bastante emotiva, tanto para o casal, como para mim. Nesses casos, percebi que a parturiente se sentiu de facto empoderada, com total controlo sobre o seu corpo,

agindo de acordo com as suas sensações e deixando que a natureza colaborasse com ela nesse momento. Ao longo deste percurso tive a oportunidade de realizar/colaborar com a mulher/pessoa significativa em 73 partos eutócicos.

O contacto pele-a-pele com o RN foi um cuidado promovido ao longo da UC, bem como a sua manutenção até ao 4º estágio de trabalho de parto, dependendo sempre da vontade da mulher/casal. Os cuidados imediatos ao RN eram também prestados com este sobre o abdómen materno (coberto com um lençol aquecido), no sentido da promoção do vínculo afetivo, do estabelecimento do aleitamento materno, bem como da promoção do conforto (WHO, 2018). Após o nascimento era atribuído o Índice de Apgar, ao 1º, 5º e 10º minuto, atendendo aos parâmetros preconizados que validam a adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina. O Enfermeiro Obstetra assume um papel fundamental ao “[assegurar] a avaliação imediata do recém-nascido implementando medidas de suporte na adaptação à vida extra-uterina”, sendo o profissional capacitado para a prestação dos cuidados imediatos ao RN e realizando manobras de reanimação em situações de emergência, “referenciando para outros profissionais as situações que estão além da sua área de atuação” (Regulamento n.º 127/2011 de 18 de Fevereiro, p.8664). Neste sentido, prestei os cuidados anteriormente referidos a todos os RN aquando da realização do parto, bem como aos RN cujo parto culminou em parto distócico, atuando em colaboração com o pediatra e realizando posteriormente os procedimentos de identificação do RN, administração da vitamina K para prevenção da doença hemorrágica, avaliação do peso, exame físico e neurológico.

No que diz respeito ao **3º estágio do trabalho de parto**, dependendo de cada situação, era adotada uma conduta ativa através da tração controlada do cordão, no sentido da minimização das perdas hemáticas tal como recomenda a WHO (2018), contudo, também se adotou uma atitude expectante, mais fisiológica, sempre que possível. Aquando da dequitação, era confirmado o mecanismo de expulsão (*Schlutze* ou *Duncan*), era assegurada a formação do globo de segurança de Pinard, bem como inspecionada a placenta, confirmando as suas características, se estava completa, verificando os cotiledones, as membranas e o tipo de inserção do cordão, bem como os vasos (2 artérias e 1 veia). De acordo com o protocolo de ambas as instituições onde realizei a UC, que vai ao encontro das recomendações da WHO



(2018), eram administradas 10 UI de oxitocina endovenosa (ou via intramuscular caso a parturiente não tivesse acesso venoso periférico), para profilaxia da hemorragia por atonia uterina.

Também nesta fase era feita a avaliação da integridade do canal de parto, no sentido de perceber se havia alguma laceração com necessidade de sutura e, nos casos em que tinha sido realizada a episiotomia, procedia-se então à episiorrafia. Findo este processo, eram promovidos os cuidados de higiene e conforto, aplicando gelo no local para alívio do edema/desconforto, bem como eram abordados aspetos importantes do autocuidado, nomeadamente, higiene, mudança frequente de penso e observação das características dos lóquios.

Em termos de destreza para a realização da sutura, devo salientar a importância da prática simulada de alta fidelidade, realizada no início desta UC na ESEL, com recurso a peça de carne, fios de sutura e ferros adequados, que facilitou a prática de cuidados especializados em contexto real.

No **4º estágio do trabalho de parto**, também o Enfermeiro Obstetra é o profissional de eleição para a prestação de cuidados especializados, “no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade” bem como diagnosticando precocemente e/ou prevenindo complicações e providenciando “cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher e do recém-nascido no período pós-natal” (Regulamento n.º 127/2011 de 18 de Fevereiro, pp.8664-8665). Concordando com a ICM (2015, p.9) que lhe atribui a competência de “[Prestar] às mulheres cuidados pós-parto abrangentes, de alta qualidade e culturalmente sensíveis”.

Neste sentido era promovido o alojamento conjunto da puérpera com o RN, bem como o acompanhamento pela pessoa significativa com vista à promoção da vinculação e a uma transição e adaptação positiva à parentalidade. Nesta fase, incentivei a manutenção do contacto pele-a-pele com o RN caso fosse a vontade da puérpera, bem como o aleitamento materno. Havia a oportunidade para observação da mamada, ajudando a compreender quais os sinais de boa pega, os reflexos de sucção e deglutição, implementando alguma medida corretiva no processo de aleitamento materno caso houvesse necessidade (Regulamento n.º 127/2011 de 18 de Fevereiro).

Posteriormente, era novamente observado o RN, confirmando se mantinha boa vitalidade, através da coloração, tônus muscular, choro e respiração. Nesta fase também a pessoa significativa era incentivada a participar nos cuidados, nomeadamente na mudança da fralda, no sentido de observar se tinha micção/dejeção ou a vestir (caso ainda não o tivesse feito).

Neste estágio voltava também a proceder à avaliação da mulher, no que respeita a sinais vitais, observação das características das mamas e mamilos após a mamada, vigilância da eliminação urinária, confirmação do globo de segurança de Pinard bem formado com localização infra-umbilical, verificação dos lóquios e o períneo e, ainda, à remoção do cateter epidural (caso tivesse escolhido esse método de alívio da dor).

Ao longo desta UC, uma das complicações pós-parto mais frequentes e na qual tive oportunidade de atuar, diagnosticando precocemente e prevenindo complicações, foi a hemorragia por atonia uterina. Nestas situações, “[cooperei] com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações pós-parto” (Regulamento n.º 127/2011 de 18 de Fevereiro, p.8665), nomeadamente, na estabilização hemodinâmica da puérpera, massagem uterina e administração de uterotónicos. De acordo com Centeno (2017, p.281), “as principais causas das hemorragias puerperais são atonia uterina (50%), lacerações obstétricas, retenção de restos placentários, subinvolução do leito placentário e alterações da coagulação”. Importa salientar que ao longo destes procedimentos, foi sempre tida em conta a implementação de medidas de suporte emocional, explicando a situação, os procedimentos e esclarecendo dúvidas, no sentido de tranquilizar a puérpera/pessoa significativa.

Posto isto, era assegurada a transferência da puérpera e do RN para o serviço de puerpério, em alojamento conjunto, bem como a transmissão de toda a informação relevante acerca de ambos, no sentido da continuidade dos cuidados.

Importa salientar que na prestação de todos os cuidados especializados anteriormente mencionados, se procedeu aos registos de todas as intervenções, quer através do sistema utilizado em cada instituição (informático ou registo em papel), quer no partograma como já referido.

Ao longo deste percurso de aprendizagem, os cuidados promotores de uma experiência de conforto foram sempre um aspeto primordial na prestação de cuidados especializados. Neste sentido, um dos objetivos a que me propus foi identificar o significado da experiência de conforto das parturientes a quem prestei cuidados desde a admissão até ao final do 4º estágio do trabalho de parto. Deste modo, foi realizada uma visita à mulher/casal já no internamento de puerpério, no sentido de obter mais informação acerca da temática, que me permitisse uma compreensão acerca de quais os cuidados promotores de uma experiência de conforto das parturientes proporcionada pelas intervenções do Enfermeiro Obstetra. Para tal, realizei registos dessas interações com dez mulheres/casais a quem tinham sido prestados cuidados especializados desde a admissão, sendo esses achados analisados e discutidos no capítulo seguinte deste trabalho. Nessa análise é também feita referência ao modo como esses cuidados e o conforto proporcionado se enquadram na teoria de Katharine Kolcaba.

Finalizando, considero pertinente referir que foi feita a sensibilização da equipa multidisciplinar para a prestação de cuidados de conforto através da análise reflexiva com os enfermeiros obstetras, equipa médica de obstetrícia e de anestesiologia. Foi ainda realizada formação em serviço acerca dos cuidados promotores de uma experiência de conforto das parturientes, com lugar a demonstração dos achados resultantes da evidência científica, bem como da experiência proporcionada ao longo da UC. Este momento de formação propiciou também à reflexão, bem como à sugestão de melhorias para a prática de cuidados de conforto durante o trabalho de parto.

Estas atividades veicularam o desenvolvimento de competências, uma vez que atuei enquanto elemento dinamizador da aprendizagem e “formador oportuno”, “[suportando] a prática clínica na investigação e conhecimento” e “[divulgando] os dados provenientes da evidência” no sentido de contribuir para o desenvolvimento e melhoria da prática clínica especializada (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro, p.8653).

### 3 - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

O planeamento do presente trabalho teve início no âmbito da UC Opção, cujo objetivo era delinear um projeto para a UC Estágio com Relatório. Uma das atividades a que me propus foi a realização de registos de interação com as clientes durante a prestação de cuidados especializados, pelo que, neste ponto do trabalho, além da descrição da metodologia utilizada para a pesquisa de evidência científica, serão apresentados e discutidos tanto os dados dos estudos selecionados como os achados obtidos através dessa atividade, no sentido de haver uma confrontação entre a evidência e a experiência obtida através da prestação de cuidados especializados.

A metodologia *scoping review*, descrita inicialmente por Arksey & O'Malley e, posteriormente, sistematizada, foi a adotada para a realização deste relatório. Os estudos realizados através desta metodologia visam um mapeamento da evidência existente sobre um determinado assunto, através da obtenção de achados abrangentes, metódicos, transparentes e replicáveis. O valor das *scoping reviews* para a prática baseada na evidência é a avaliação de uma área vasta para identificar lacunas na base do conhecimento de pesquisa, clarificar conceitos e relatar os tipos de evidência que abordam a própria prática. Esta metodologia pode ser utilizada não apenas para determinar a extensão da evidência disponível, como também o modo como foi conduzida (JBI, 2015; Peters, Godfrey, McInerney, Soares, Khalil & Parker, 2017).

Para a realização deste trabalho foram seguidos os passos metodológicos para a condução de uma *scoping review* de acordo com o manual The Joanna Briggs Institute (JBI, 2015; Peters et al., 2017), que serão apresentados seguidamente.

#### 3.1 – Objetivo da pesquisa e questão de investigação

O **objetivo** desta *scoping review* é avaliar e esclarecer o estado da arte sobre a experiência de conforto das parturientes proporcionada pelo Enfermeiro Obstetra

durante o trabalho de parto, a partir dos achados de estudos empíricos em comparação à realidade descrita com a teoria subjacente.

O **título** atribuído a esta revisão designa-se por: Experiência de Conforto das Parturientes: Intervenções do Enfermeiro Obstetra – a *Scoping Review*.

Tendo por base a metodologia anteriormente descrita, foi definida a questão de pesquisa recorrendo à mnemónica preconizada - PCC, cujas siglas indicam os critérios necessários para a formulação da questão: **P**opulação, **C**onceito e **C**ontexto.

Deste modo, a questão de pesquisa formulada é: **Qual a experiência de conforto das parturientes, proporcionada pelas intervenções do enfermeiro obstetra durante o trabalho de parto?**

**Quadro 1.** Critérios para a formulação da questão de pesquisa

<b>P</b>	População	Parturiente	<b>Palavras-chave:</b>  ❖ Parturiente  ❖ Experiência de Conforto ❖ Intervenções do Enfermeiro Obstetra  ❖ Trabalho de Parto
<b>C</b>	Conceito	Experiência de conforto proporcionada pelas intervenções do Enfermeiro Obstetra	
<b>C</b>	Contexto	Sala de Partos	

Os **critérios de inclusão e exclusão**, devem também atender à mnemónica anteriormente descrita, no sentido de direccionar a pesquisa para evidência relevante, que dê resposta à questão levantada. Como tal, foram definidos como critérios de inclusão os artigos completos, disponíveis nas bases de dados, em português, inglês ou castelhano, no horizonte temporal de publicação entre 2012 e 2018 e que contemplem as seguintes características:

**População** – Mulheres em trabalho de parto, cuja prestação de cuidados seja maioritariamente realizada pelo Enfermeiro Obstetra.

**Conceito** – Experiência de conforto proporcionada pelas intervenções do Enfermeiro Obstetra.

**Contexto** – Trabalho de parto que se realize numa sala de partos.

Foram definidos como critérios de exclusão os artigos que não respondam à questão de pesquisa ou que se encontrem duplicados nas diferentes bases de dados.

### **3.2 – Estratégia de pesquisa**

No seguimento do processo da *scoping review*, a estratégia de pesquisa prosseguiu no sentido de dar resposta à questão de investigação. Esta foi efetuada entre Março e Julho de 2018, na plataforma EBSCOHost, envolvendo as bases de dados CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text, bem como na base de dados ISI Web of Knowledge. Esta pesquisa foi desenvolvida de acordo com as exigências de cada base de dados, com recurso a descritores e termos indexados, bem como a operadores booleanos.

Numa primeira fase, foi realizada uma pesquisa com os termos naturais, no sentido de encontrar os descritores específicos em cada base de dados referentes aos critérios definidos para o PCC e atendendo às palavras-chave selecionadas. Uma vez encontrados os descritores (referidos em **Apêndice I**), foram agrupados e conjugados com os operadores booleanos “AND” (entre descritores referentes a diferentes palavras-chave) e “OR” (entre descritores referentes às mesmas palavras-chave). Após a referida conjugação obtiveram-se os achados da pesquisa, que serão apresentados no ponto seguinte deste trabalho.

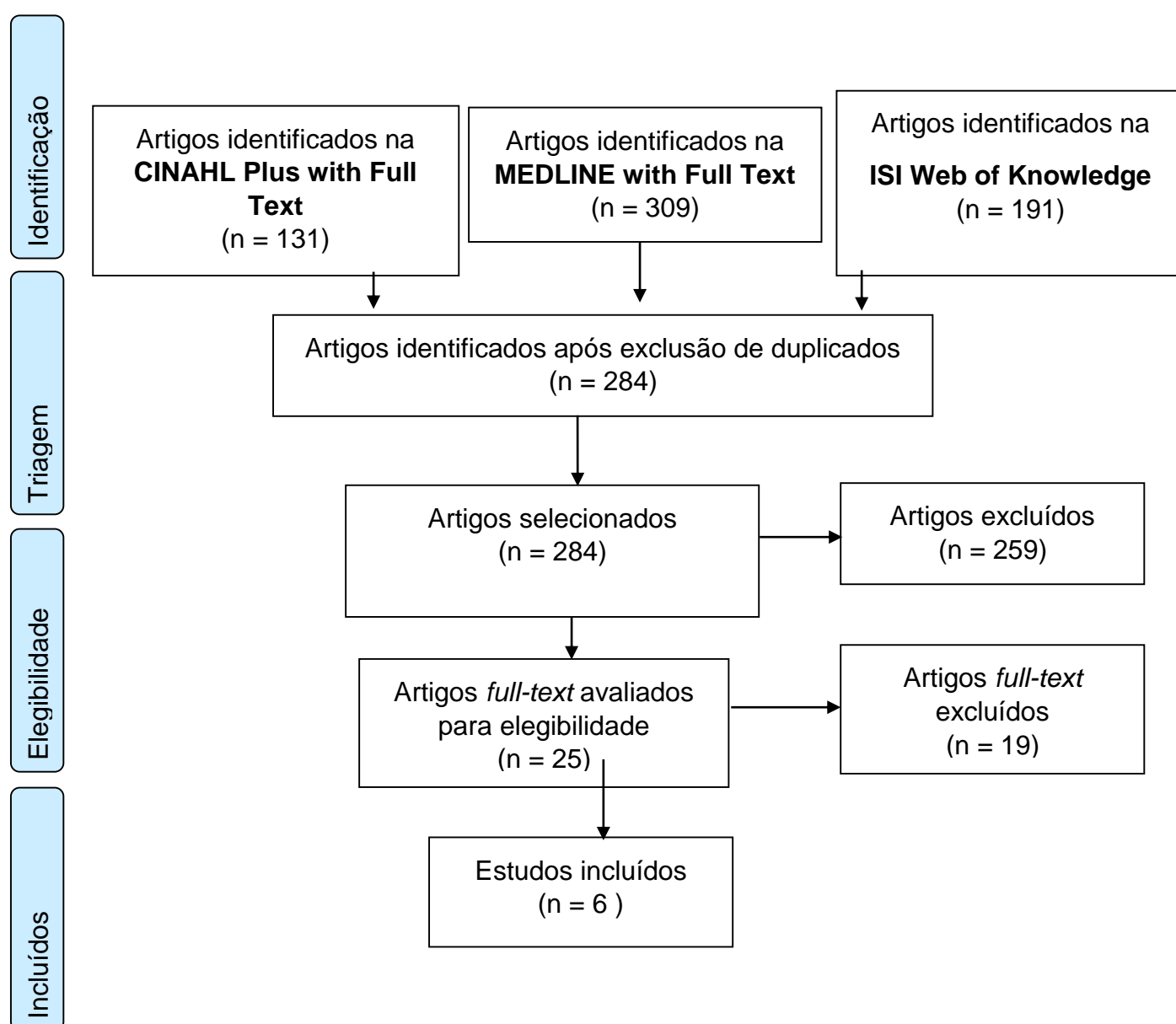
### **3.3 – Apresentação, análise e discussão dos achados**

Após a aplicação da estratégia de pesquisa descrita no ponto anterior, resultaram inicialmente, 131 artigos na CINAHL Plus with Full Text, 309 artigos na MEDLINE with full text e 191 artigos na ISI Web of Knowledge. Reunidos os artigos resultantes da pesquisa, foram analisados os títulos e resumos de forma criteriosa, obedecendo aos critérios de inclusão e exclusão. Posto isto, foi aplicado o diagrama

recomendado para a identificação, triagem, elegibilidade e inclusão dos artigos na pesquisa, de acordo com Peters et al., (2017) (**Figura 1**). Desta seleção resultou um total de 2 artigos da CINAHL Plus with Full Text, 1 artigo da MEDLINE with full text e 3 artigos da ISI Web of Knowledge.

Neste sentido, verificou-se que apenas 6 artigos continham dados relevantes e que iam ao encontro da temática que se pretendia abordar.

**Figura 1.** Diagrama utilizado para o processo da *Scoping Review*



Seguidamente são apresentados os estudos seleccionados através de um resumo em formato de quadro, no sentido de tornar mais clara a informação contemplada em cada um dos artigos. Este foi realizado de acordo com as normas preconizadas para a extração dos dados numa *scoping review* (JBI, 2015; Peters et al., 2017).

**Quadro 2.** Resumo dos estudos seleccionados

1. Título: Supporting Women in labour			Autor: Maria Iliadou	Ano: 2012	Origem: Health Science Journal
Objetivo	População	Metodologia	Principais conclusões		
Identificar aspetos práticos para apoiar as mulheres durante o TP	Mulheres em TP	Revisão Sistemática da Literatura	A mulher em TP sente uma profunda necessidade de empatia, ajuda e companheirismo. O apoio contínuo demonstrou um impacto mais benéfico do que o apoio intermitente, podendo este dividir-se em 4 categorias: o apoio físico, o apoio emocional, o apoio informativo e o apoio de advocacia. O uso destas estratégias requer profissionais com competências específicas (Enfermeiro Obstetra) e, quando aplicadas, promovem o conforto físico e emocional à mulher durante o TP. Devem também ser promovidas estratégias de <i>coping</i> que ajudem a mulher a lidar com a experiência de dor e o sofrimento emocional. A perspetiva global com que a mulher fica acerca da sua experiência de TP e em relação aos cuidados recebidos é percebida como mais importante do que a dor efetiva. A presença do companheiro é também vista como benéfica ao proporcionar apoio contínuo à parturiente.		



**Experiência de Conforto das Parturientes:**  
Intervenções do Enfermeiro Obstetra

2. Título: Intrapartum support: what do women want? A literature review			Autores: Mary Ross-Davie & Helen Cheyne
Ano: 2014		Origem: The Royal College of Midwives - Evidence Based Midwifery	
Objetivo	População	Metodologia	Principais conclusões
Identificar até que ponto a natureza dos cuidados prestados durante o TP molda a experiência das mulheres	Mulheres em TP	Revisão Sistemática da Literatura	<p>O apoio contínuo está associado a maiores níveis de satisfação e sentimento de segurança, sendo considerado pelas mulheres como um fator fundamental. Há uma forte associação entre a percepção das mulheres relativamente ao apoio que receberam com o controlo e o bem-estar emocional. O apoio prestado por profissionais especializados parece mediar o impacto dos eventos stressantes durante o TP, reduzindo a possibilidade de trauma. Quando definido pelas mulheres, este apoio inclui cuidados especializados que devem ser prestados pela parteira, sendo estes: a presença (possibilitando um sentimento de controlo e atendendo aos cuidados que a mulher/casal desejam); uma atitude positiva, calma e amigável (que transmita confiança); capacitar a mulher/casal a adotar uma postura adequada no controlo da respiração e relaxamento; garantir que a mulher se sinta respeitada e cuidada, mantendo o casal informado sobre a progressão do TP; garantir que o seu parceiro se sente envolvido e apoiado; fornecer suporte físico (como o toque ou a colaboração na mudança de posição);</p> <p>O cuidado prestado a cada mulher em TP deve ser individualmente adaptado às suas necessidades específicas e preferências. Este estudo sugere que estes comportamentos, quando consistentemente adotados durante a prestação de cuidados, proporcionam o apoio que a parturiente/casal deseja.</p>

**Experiência de Conforto das Parturientes:**  
Intervenções do Enfermeiro Obstetra

3. Título: Mothers’ perceptions of labor support		Autores: Pirkko Nikula, Helena Laukkala & Tarja Pölkki	
Ano: 2015	Origem: Wolters Kluwer Health		
Objetivo	População	Metodologia	Principais conclusões
Descrever a percepção das mães acerca do apoio prestado pelas parteiras durante o TP	Nulíparas ou múltíparas que consentiram participar no estudo após o parto	Estudo Quantitativo Desenho de pesquisa transversal, descritivo e correlacional	<p>As mulheres descrevem o apoio das parteiras durante o TP como fundamental, categorizando os cuidados em: apoio emocional, apoio informativo e apoio tangível.</p> <p>- Apoio emocional: atender à individualidade de cada mulher, fazendo-a sentir-se cuidada; transmitir confiança, segurança, compreensão e respeito; informar e explicar a progressão do TP; aceitar as opções, sem julgamentos, fazendo o possível para que os seus desejos e expetativas sejam correspondidos; explicar rotinas e procedimentos e informar sobre diferentes alternativas, para que a mulher/casal possa escolher sempre que possível; perceber e escutar preocupações e tentar eliminar fatores que possam ser perturbadores, como por exemplo, o ruído.</p> <p>- Apoio informativo: encorajar o companheiro a desempenhar um papel ativo no TP, ajudando-o a familiarizar-se com todo o processo, dando-lhe um <i>feed-back</i> positivo; atender sempre ao bem-estar físico do companheiro;</p> <p>- Apoio tangível: o encorajamento para alcançar o objetivo; o reforço positivo através de elogios; colaboração na respiração e técnicas de relaxamento, a distração através de conversas e, ainda, o toque, através de uma massagem nas costas ou segurar a mão. Embora todas estas categorias e cuidados recebidos tenham sido salientadas pelas puérperas como bastante significativos, o resultado deste estudo indica que o apoio emocional é aquele que as mulheres mais valorizam para uma experiência positiva.</p>

**Experiência de Conforto das Parturientes:**  
Intervenções do Enfermeiro Obstetra

<b>4. Título: The perception of primiparous mothers of comfortable resources in labor pain (a qualitative study)</b>			
<b>Autores:</b> Tahereh Boryri, Noor Mohammad Noori, Alireza Teimouri & Feriba Yaghobinia			<b>Ano:</b> 2016
<b>Origem:</b> Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research			
<b>Objetivo</b>	<b>População</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Principais conclusões</b>
Explorar a percepção de primíparas acerca dos recursos de conforto para o alívio da dor durante o TP	Primíparas que tiveram um parto eutócico	Estudo Qualitativo Análise de Conteúdo	<p>As mulheres referem como fontes de conforto durante o TP cinco principais conceitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- As crenças religiosas e a confiança na espiritualidade - a possibilidade de rezar e o modo como isso lhes trouxe alívio nos momentos de maior dor e autoconfiança no processo de TP.</li> <li>- O uso de métodos de alívio da dor – farmacológicos e não farmacológicos como a massagem, a hidroterapia e a mudança de posição.</li> <li>- O apoio e a presença da parteira – demonstrado através do apoio contínuo, da empatia, da compreensão, da tranquilidade e segurança, do esclarecimento de questões e oferecendo soluções. As mulheres referem que lhes proporcionou conforto emocional.</li> <li>- O apoio do marido/outros familiares significativos – proporcionou-lhes conforto físico e relaxamento, reforçando a autoconfiança, a sensação de conforto e segurança.</li> <li>- O ambiente desconhecido da sala de partos e o desconhecimento do processo do TP – a atitude das primíparas demonstrou a importância do ambiente confortável (limpo, colorido) e seguro da sala de partos e da transmissão de informação durante o TP.</li> </ul>

**Experiência de Conforto das Parturientes:**  
Intervenções do Enfermeiro Obstetra

			O estudo realça que, de todas estas categorias, as mulheres salientam como mais significativas as crenças religiosas e o apoio contínuo da parteira e da pessoa significativa, em detrimento do ambiente moderno e dos equipamentos.
<b>5. Título: Experiencias de las mujeres durante el trabajo de parto y parto</b>			<b>Origem:</b> Revista Avances en Enfermeria
<b>Autores:</b> Dora Isabel Montoya, Elvira Margarita González Mazuelo & Claudia Patricia Henao López			<b>Ano:</b> 2015
<b>Objetivo</b>	<b>População</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Principais conclusões</b>
Descrever a experiência das mulheres durante o TP numa Unidade Materno-infantil	Mulheres cujo trabalho de parto ocorreu naquela Unidade	Estudo Qualitativo Fenomenológico	<p>Na unidade de cuidados onde se realizou o estudo, cada sala de partos tem capacidade para 6 mulheres, separadas apenas por uma cortina, sem direito a acompanhante. Estas permanecem deitadas durante todo o TP e não podem comer nem beber. A experiência relatada pelas mulheres neste estudo foi dividida em 3 categorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sintomas desagradáveis – a dor ou desconforto (associado ao toque vaginal ou a manobras contraindicadas); a fadiga (devido à posição em que se encontravam, sempre deitadas numa maca, para o mesmo lado); e a sede.</li> <li>- A solidão – devido à impossibilidade de acompanhamento de uma pessoa significativa; o acompanhamento dos profissionais de saúde (foi considerado um aspeto positivo, quer na presença, quer na transmissão de informação, contudo nem sempre se verificou ao longo do TP); a força suprema (apontada como um aspeto religioso, que permitia manter a crença, sentir esperança e proteção e manter o autocontrolo).</li> <li>- “Eu quero ver a Camila” – as mulheres salientam aspetos negativos no sentido em que todos os desconfortos ocorreram em prol de um objetivo, e que no final, o importante é a saúde do seu filho, quase “esquecendo” as categorias que apontaram anteriormente.</li> </ul>

**Experiência de Conforto das Parturientes:**  
Intervenções do Enfermeiro Obstetra

			Os achados deste estudo apontam para a necessidade de melhoria das práticas, baseadas em evidência científica atual, uma vez que as experiências referidas pelas mulheres espelham a importância dos cuidados atualmente recomendados, tais como: condições mais humanizadas, o uso de medidas não farmacológicas para o alívio da dor, colaborar/dirigir esforços expulsivos apenas quando a mulher sente necessidade, sem recurso a manobras desnecessárias; promover a nutrição oral; a presença e o apoio de um acompanhante, assim como o apoio contínuo e a transmissão de informação sobre o bem-estar materno-fetal por parte do profissional.
<b>6. Título: Vivências de mulheres sobre a assistência recebida no processo parturitivo</b>			<b>Ano: 2012</b>
<b>Autores:</b> Luciano Marques Santos & Samantha Souza da Costa Pereira		<b>Origem:</b> Physis Revista de Saúde Coletiva	
<b>Objetivo</b>	<b>População</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Principais conclusões</b>
Compreender as vivências de puérperas sobre os cuidados durante o TP numa maternidade do Brasil	Puérperas, com idade superior a 19 anos, em alojamento conjunto, após parto eutócico de nado vivo	Estudo Qualitativo Análise de conteúdo	Os achados deste estudo realçam a experiência negativa de puérperas cujos sentimentos que associam ao seu TP são a solidão, um ambiente de dor intensa, de aflição e de abandono. Estes sentimentos verificam-se devido à ausência de acolhimento aquando da chegada à maternidade, estabelecimento de relação de ajuda, apoio contínuo quer dos profissionais, quer da pessoa significativa, transmissão de informação, tomada de decisão esclarecida e, ainda, utilização de métodos de alívio da dor. O estudo concluí que a compreensão da experiência das puérperas é fundamental no sentido da melhoria da qualidade dos cuidados prestados, fazendo referência aos cuidados anteriormente descritos como promotores de conforto físico e emocional da mulher durante o TP.

No documento norteador desta metodologia (JBI, 2015; Peters et al., 2017), uma das recomendações para a análise dos achados é que seja feita uma confrontação entre os achados dos estudos selecionados e o modo como estes se relacionam com a questão de investigação. Neste sentido, sendo o principal objetivo de uma *scoping review* mapear a evidência existente acerca de determinado assunto, optou-se por realizar a análise dos achados da pesquisa e agrupá-los em categorias.

De acordo com Bardin (2015), a análise categorial é uma técnica de análise de conteúdo, com o objetivo de evidenciar indicadores, investigar temas e funciona por operações de desmembramento do texto em categorias, segundo reagrupamentos analógicos. As categorias constituem unidades que agrupam elementos sob um tema genérico, efetuado por características comuns, fazendo a passagem de dados em bruto, a dados organizados. Vala (2014, p.104) corrobora ao afirmar que a finalidade da análise de conteúdo é “efectuar inferências, com base numa lógica explicitada, sobre as mensagens cujas características foram inventariadas e sistematizadas”.

No quadro que se segue (**Quadro 3**), são apresentadas as categorias resultantes da análise de conteúdo dos artigos, atendendo aos achados que se relacionam com a questão de investigação.

**Quadro 3.** Análise de conteúdo dos artigos por categorias

<b>Tema</b>	<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>
Experiência de Conforto Emocional e Físico	Crenças religiosas	Aumento da autoconfiança
	Apoio contínuo do Enfermeiro Obstetra	Relação de ajuda
		Informação
		Advocacia
		Métodos de alívio da dor
		Ambiente
		Nutrição
	Apoio contínuo da pessoa significativa	Participação ativa

No sentido de comparar os dados obtidos através da *scoping review* com os registos de interação realizados ao longo da UC Estágio com Relatório, optou-se por efetuar também a análise de conteúdo por categorias dos dados resultantes dessas interações (que se apresenta em **Quadro 4**). Ao longo dessa análise serão citados os excertos dos registos de interação que foram considerados ilustrativos e demonstrativos das categorias/subcategorias encontradas e das inferências efetuadas. As transcrições consideradas pertinentes estão codificadas (por exemplo: RI 1) por forma a preservar o anonimato dos participantes.

Também neste âmbito, Bardin (2015) refere que a análise de conteúdo diz respeito à análise de comunicações, através da explicitação e da sistematização do conteúdo das mensagens e que tem por finalidade efetuar deduções lógicas do seu conteúdo.

Para a discussão dos achados optou-se por referir as categorias dos estudos e as da análise dos registos de interação no mesmo ponto do trabalho. Contudo, uma vez que após a análise de conteúdo nem todas as categorias e subcategorias são coincidentes, achou-se pertinente a sua diferenciação em dois quadros (**Quadro 3 e Quadro 4**), sendo esse aspeto também mencionado ao longo da discussão dos dados.

**Quadro 4.** Análise de conteúdo dos registos de interação por categorias

<b>Tema</b>	<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>
Experiência de Conforto Emocional e Físico	Apoio contínuo do Enfermeiro Obstetra	Relação de ajuda
		Informação
		Advocacia
		Métodos de alívio da dor
		Ambiente
		Nutrição
		Contacto pele-a-pele com o RN
	Apoio contínuo da pessoa significativa	Participação ativa

No que diz respeito à análise da experiência de conforto surge, tanto dos estudos como dos registos de interação, uma clara evidência para o conforto emocional como um aspeto que as mulheres mais valorizaram na sua experiência de conforto durante o trabalho de parto. Contudo, dado que este muitas vezes se interrelaciona com o conforto físico, considerou-se pertinente que todas as categorias e subcategorias fossem abrangidas pelos dois tipos de conforto e que a sua análise emergisse como um único tema. Tal como afirma Frello & Carraro (2010) o conforto é uma experiência subjetiva, que inclui concomitantemente componentes físicos, psicológicos, sociais, espirituais e ambientais.

### **Crenças religiosas**

A primeira categoria referida no quadro de análise dos artigos - Crenças religiosas, é apontada em apenas dois estudos, onde se ressalva o sentimento de confiança na espiritualidade. Esta é uma categoria mencionada apenas na análise de conteúdo dos artigos, uma vez que das interações realizadas durante a UC Estágio com Relatório, nenhuma mulher fez referência a este aspeto como promotor da sua experiência de conforto durante o trabalho de parto.

A possibilidade de rezar referida pelas mulheres e o modo como isso lhes trouxe alívio nos momentos de maior dor e a **Autoconfiança** no processo de trabalho de parto, são aspetos salientados no estudo de Boryri, Noori, Teimouri & Yaghobinia (2016). Também a força suprema, apontada pelas mulheres como um aspeto religioso no estudo realizado por Montoya, Mazuelo & López (2015), realça a importância dada a este aspeto, uma vez que este estudo ocorreu numa unidade onde as mulheres não podiam ter acompanhante durante o trabalho de parto e descreveram ter experimentado sentimentos de solidão e abandono, onde foi possível manter a crença, sentir esperança e proteção e manter o autocontrolo.

Se nos reportarmos ao referencial teórico que norteou este trabalho, também Kolcaba (2003), faz referência a duas dimensões de conforto mencionadas pelas mulheres nos estudos apresentados: o alívio, que aludem como uma necessidade de conforto satisfeita com recurso às suas crenças e a transcendência, onde é perceptível que as suas crenças lhes permitiram ultrapassar o seu desconforto ou a sua dor. Estes tipos de conforto foram sentidos no contexto psicoespiritual, que as



reportou não só à consciência de si, como à necessidade de evocar uma ordem superior. De acordo com Amaral & Martins (2016, p.403) “a espiritualidade e a fé das parturientes pode ser fonte de força e conforto durante o trabalho de parto”.

É ainda importante fazer referência que este deve ser um cuidado especializado do enfermeiro na promoção do respeito pelos valores, costumes e crenças espirituais da pessoa cuidada, tal como enuncia o Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro.

### **Apoio contínuo do Enfermeiro Obstetra**

No que diz respeito à segunda categoria apresentada - Apoio contínuo do Enfermeiro Obstetra, esta é enumerada em todos os estudos selecionados como uma experiência de conforto emocional e físico. Corroborando a pesquisa efetuada nesta *spcoping review*, também a análise de conteúdo dos registos de interação realizados no âmbito desta UC vão ao encontro do mesmo resultado.

Desta categoria, que consiste num cuidado especializado do Enfermeiro Obstetra, surgem subcategorias de acordo com a experiência das parturientes, sendo portanto esses os achados que importa também salientar como cuidados promotores de conforto que emergem da análise dos estudos, bem como da análise dos registos de interação e que se relacionam com a questão da investigação. Importa no entanto salientar que a referência a estes cuidados especializados, embora categorizados para uma melhor compreensão do conteúdo dos estudos e dos registos de interação, não podem ser contemplados como atos isolados, dado que muitas vezes se interrelacionam entre si.

Da sua experiência, as mulheres realçaram o apoio contínuo do Enfermeiro Obstetra, através da presença, escuta ativa, empatia, compreensão, comunicação (Nikula, Laukkala & Pölkki, 2015; Boryri, Noori, Teimouri & Yaghobinia, 2016), isto é, através do estabelecimento de uma **Relação de ajuda**, que lhes permitiu lidar com a sua situação de sofrimento ou dor, como refere Iliadou (2012), e possibilitando um sentimento de controlo, através de uma atitude positiva, calma e amigável, transmitindo confiança, como mencionado no estudo de Ross-Davie & Cheyne (2014). Também da experiência das mulheres a quem foram prestados cuidados ao longo da UC surgem relatos que vão no mesmo sentido dos estudos, nos quais as mulheres

afirmam que *“o apoio e a presença... fez-me sentir mais confiante”* (RI 1), *“nos momentos em que me descontrolei com as dores, as palavras de apoio e a calma... foram muito importantes e ajudaram-me a controlar-me melhor”* (RI 2), *“a colaboração da enfermeira e os comandos assertivos para eu não me descontrolar foram muito importantes, transmitiram-me muita confiança e senti que realmente era capaz”* (RI 5); *“a presença da enfermeira, a atenção, a paciência e principalmente a compreensão... foi fundamental”*; *“as palavras certas, no momento certo são um conforto emocional”* (RI 6); *“desde logo se criou um ambiente de empatia e de segurança”* (RI 9); *“precisei que me desse a mão e que através das suas palavras me desse confiança e o sentimento de que realmente seria capaz”* (RI 10);

É importante ainda referir que no estudo de Santos & Pereira (2012), a relação de ajuda é um aspeto salientado como inexistente na experiência das mulheres e proposto como melhoria para prática de cuidados de conforto das parturientes.

De acordo com Mendes (2006), a relação de ajuda apresenta-se como um instrumento no processo de cuidar em enfermagem, cuja aplicação tem comprovado a sua validade e fidelidade na relação interpessoal que se estabelece entre o enfermeiro e a pessoa cuidada e que deve ter por base a compreensão empática, a aceitação incondicional e a congruência.

Todos estes aspetos convergem no sentido de uma relação em que o enfermeiro obstetra demonstra disponibilidade através não apenas da sua presença física, mas criando uma atmosfera propícia a que a parturiente consiga ultrapassar/eliminar a tensão induzida por forças obstrutivas, tal como refere Kolcaba (1994) na sua teoria do conforto.

Já no que diz respeito à subcategoria identificada como a transmissão de **Informação**, este é um aspeto também realçado no apoio contínuo prestado pelo Enfermeiro Obstetra em todos os artigos analisados, bem como pela maioria das mulheres a quem foram prestados cuidados na UC. Iliadou (2012) refere que as parteiras devem empoderar as mulheres no sentido de criarem estratégias de *coping* para lidar com este evento. Já Ross-Davie & Cheyne (2014), Montoya, Mazuelo & López (2015) e Boryri, Noori, Teimouri & Yaghobinia (2016), corroboram ao referir no seu estudo que, na sua experiência, as mulheres deram mais relevância à informação

transmitida acerca da progressão do TP e bem-estar materno-fetal. Importa ainda salientar outros aspetos como a explicação de rotinas e procedimentos, resposta a questões e sugestão de alternativas (Nikula, Laukkala & Pölkki, 2015). O estudo de Santos & Pereira (2012) demonstra-nos, por fim, a experiência de mulheres que não receberam este cuidado e o consideraram como fundamental, quer no que diz respeito ao acolhimento na maternidade, à transmissão de informação ao longo do TP, assim como ao esclarecimento de questões para uma tomada de decisão esclarecida.

Corroborando os achados dos estudos, também da análise dos registos de interação emerge a relevância para *“as explicações”* essencialmente no que diz respeito à progressão do trabalho de parto e ao bem-estar materno-fetal (RI 1, RI 2, RI 3, RI 6, RI 7, RI 8), o sentimento de apoio e disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas (RI 5, RI 9) e ainda relativamente à *“assertividade e clareza da informação e das explicações dadas ao longo do trabalho de parto pela enfermeira”* (RI 8). Nos seus testemunhos, as mulheres fazem ainda referência ao sentimento de *“confiança”* (RI 1; RI 5; RI 7) e *“tranquilidade”* (RI 2), resultante da transmissão de informação.

De acordo com APEO (2009), o apoio informativo fornecido às parturientes deve ser transmitido numa terminologia de fácil compreensão acerca das intervenções que se realizam, da progressão do trabalho de parto e do estado fetal. A OE (2015) corrobora estas afirmações, ao evidenciar que o Enfermeiro Obstetra deve fornecer informação suficiente e objetiva, capacitando a mulher/casal, no sentido de uma parceria de cuidados que permita a ação e tomada de decisão esclarecida.

Outro aspeto que considero importante salientar é o modo como foi dada relevância à informação transmitida no curso de preparação para o parto e parentalidade, bem como ao papel do Enfermeiro Obstetra como profissional de referência: *“ver uma pessoa conhecida e de referência (...) foi um fator que me tranquilizou bastante (...) recordar aspetos que tínhamos falado nas sessões fez-me sentir mais confiante”* (RI 1); *“tivemos o privilégio de ter connosco a enfermeira que nos acompanhou no curso de preparação para o parto (...) que nos transmitiu muita segurança”* (RI 9).

Tal como refere Pereira (2016, p.158), “a preparação para o nascimento e parentalidade é necessária e importante como fonte de informação, de confiança e

espaço para aprender a lidar com as dúvidas e receios (...) contribuindo para a preparação física e psíquica”. Ainda neste âmbito, o apoio contínuo do Enfermeiro Obstetra foi sentido, não apenas ao nível da informação, como também ao nível da continuidade dos cuidados, um aspeto subjacente à filosofia de cuidados desta especialidade de acordo com a OE (2015). Também a WHO (2018) recomenda a continuidade dos cuidados, no que respeita ao apoio contínuo da mulher nos cuidados pré-natais, durante o trabalho de parto e cuidados pós-natais.

Quanto à **Advocacia**, este é um aspeto abordado por Iliadou (2012), Ross-Davie & Cheyne (2014) e Nikula, Laukkala & Pölkki (2015), no sentido em que os cuidados prestados atenderam às necessidades das parturientes, demonstrando respeito pelas suas decisões, sendo promovidos cuidados isentos de julgamentos. Este aspeto relaciona-se também com a representação/proteção das escolhas, decisões e direitos das parturientes (APEO, 2009; Amaral & Martins, 2016).

À semelhança dos achados dos estudos, também a análise dos registos de interação confirma a importância deste aspeto para a experiência de conforto durante o trabalho de parto, tendo sido feita referência ao respeito pelas suas opções e decisões *“sentimos que fomos sempre respeitados (...) um dos aspetos principais foi a importância que deram sempre às nossas escolhas”* (RI 3); (RI 10), bem como ao sentimento de *“expectativas correspondidas”* (RI5).

De acordo com a OE (2015), o Enfermeiro Obstetra deve oferecer à parturiente cuidados que integrem o respeito pelo exercício do seu direito à integridade física e à autodeterminação, atendendo à expressão de sentimentos e expectativas, sem exercer juízos de valor. Corroborando, também Tomaschewski-Barlem, Lunardi, Barlem, Silveira, Ramos & Piexak (2017), referem que a advocacia é considerada uma componente ética e moral essencial ao exercício profissional do Enfermeiro, devendo os seus cuidados assentar na promoção dos interesses e direitos da pessoa cuidada, bem como na sua defesa, no sentido de garantir a qualidade dos cuidados.

Reportando-me novamente à teoria de Kolcaba (2003), considero que ao reunir estas três subcategorias, a experiência das mulheres revelou que, quando prestados estes cuidados, é possível experienciarem conforto ao nível do alívio, que embora não tenha sido verbalmente especificado, pode ser considerado segundo esta teoria

devido à satisfação de uma necessidade específica, como por exemplo, o esclarecimento de questões que possam estar a ser motivo de ansiedade; conforto ao nível da tranquilidade (aspeto verbalizado), que lhes permitiu um estado de calma. Estes dois tipos de conforto, podem ser considerados, quer no contexto psicoespiritual, devido ao sentimento de autocontrolo e autoconfiança, quer no contexto social, pela relação estabelecida com o Enfermeiro Obstetra.

No que diz respeito à subcategoria aos **Métodos de alívio da dor**, este é um aspeto que emerge da análise de conteúdo de todos os estudos selecionados, o que também corrobora a análise da maioria dos registos de interação no que concerne à promoção da experiência de conforto das parturientes. É dada importância ao uso de estratégias que ajudaram as mulheres a lidar com a experiência de dor (Iliadou, 2012), bem como o apoio contínuo com recurso a técnicas de relaxamento, o controlo da respiração, a distração através de conversas, o toque através de uma massagem nas costas ou segurar a mão, e ainda a colaboração na mudança de posição (Ross-Davie & Cheyne, 2014; Nikula, Laukkala & Pölkki, 2015). Boryri, Noori, Teimouri & Yaghobinia (2016) além dos aspetos anteriormente referidos, fazem referência à hidroterapia e mencionam também o uso de métodos farmacológicos para o alívio da dor.

Já os estudos de Santos & Pereira (2012) e Montoya, Mazuelo & López (2015), convergem em termos da experiência das mulheres que fizeram referência à sua experiência de “sintomas desagradáveis” ou ambiente de dor intensa, cujos achados dos estudos embora não espelhem a experiência de conforto da mulher neste aspeto, refletem acerca da necessidade de melhoria das práticas e a adoção dos cuidados atualmente recomendados, entre os quais: o uso de medidas para o alívio da dor.

Quanto à análise de conteúdo dos registos de interação, a experiência de conforto das parturientes cuidadas na UC vai ao encontro da experiência das mulheres dos estudos selecionados. Um aspeto que a maioria das mulheres realça é o uso de métodos farmacológicos (RI 2, RI 4, RI 5, RI 7, RI 8, RI 9 e RI 10), referindo-se à analgesia epidural: “*pude fazer epidural assim que cheguei à sala de partos, o que me aliviou bastante a dor*” (RI 5). Contudo reforçam o papel fundamental do Enfermeiro Obstetra no recurso aos métodos não farmacológicos “*nos momentos em que me descontrolei com as dores (...) ajudou-me a controlar melhor a minha*

*respiração e a minha dor (...) o facto de fazermos movimentos em várias posições que a enfermeira me ia sugerindo também me ajudou bastante” (RI 2); “escolher a posição em que me sentia melhor na altura” (RI 3); “a sugestão de várias posições (...) sinto que me ajudou” (RI 5); “a massagem que a enfermeira me fez nas costas (...) entre a massagem e a bola de pilates a dor tornava-se ligeiramente menor (...) conseguia controlar-me melhor (...) e relaxar” (RI 7); “a possibilidade de ir ao duche (...) para relaxar (...) quando comecei com dores mais fortes a bola de pilates foi bastante confortável” (RI 8); “os exercícios que as enfermeiras me iam sugerindo, ora na bola de pilates, ora em pé” (RI 9); “permitirem que estivesse de pé o tempo quase todo, porque não me sentia nada confortável naquela cama” (RI 10).*

De acordo com a APEO (2009), o alívio da dor experienciada pela parturiente contribui para um aumento do bem-estar físico e emocional, pelo que deve ser um cuidado privilegiado pelo Enfermeiro Obstetra. De acordo com o regulamento das suas competências específicas (Regulamento n.º 127/2011 de 18 de Fevereiro, p.8664) este deve *“cooperar com outros profissionais na implementação de intervenções na promoção, prevenção e controlo da dor”*. Complementando, a OE (2013b), no projeto “Maternidade com Qualidade”, refere que um dos indicadores de evidência é a promoção e aplicação de métodos não farmacológicos de alívio da dor, tais como: a liberdade de movimentos (deambulação/mudança de posição), a bola de pilates, o uso da água, técnicas de relaxamento/massagem, entre outras. Ainda de acordo com este documento, um dos achados que se relaciona com a questão de investigação é: *“nas parturientes com apoio contínuo durante o trabalho de parto (...) verificou-se uma maior satisfação na experiência do parto”* (OE, 2013b, p.1).

Deste modo, o Enfermeiro Obstetra *“deverá saber gerir com a mulher tanto medidas farmacológicas como não farmacológicas ou a associação de ambas”* (OE, 2015, p.44).

Remetendo-me à teoria do Conforto de Kolcaba (2003), é possível concluir que estas parturientes experienciaram essencialmente o alívio, no contexto físico, que diz respeito às sensações corporais, pela diminuição da dor sentida ao longo do trabalho de parto, mas também a tranquilidade através das técnicas de relaxamento. No que diz respeito ao contexto psicoespiritual, o sentimento progressivo de autocontrolo é também mencionado. É importante salientar que estes estados de conforto, não

podem ser considerados numa ordem específica, dado que podem ser contínuos, sobrepostos ou interdependentes, quer no tipo quer no contexto de conforto.

No que concerne à subcategoria **Ambiente**, tanto da análise de conteúdo dos estudos como dos registos de interação, surgem diferentes cuidados promotores de conforto durante a sua experiência de trabalho de parto.

Nikula, Laukkala & Pölkki (2015), referem no seu estudo a importância da eliminação de fatores que possam ser perturbadores, como por exemplo, o ruído. Já Boryri, Noori, Teimouri & Yaghobinia (2016), cujo estudo aborda a experiência de primíparas, relatam a importância do ambiente confortável (limpo e colorido) e seguro da sala de partos.

Quanto aos estudos de Montoya, Mazuelo & López (2015) e Santos & Pereira (2012), é abordada a experiência de desconforto vivida pelas parturientes. Sendo no primeiro apontada a falta de privacidade, dado que cada sala de partos tem capacidade para 6 mulheres, separadas apenas por uma cortina, contudo apontam mais uma vez para “sintomas desagradáveis” como a fadiga devido à posição em que se encontravam, sempre deitadas numa maca, para o mesmo lado, bem como a solidão. O segundo estudo corrobora quanto ao nível de sentimentos vividos pelas parturientes – solidão e abandono. Contudo, importa mais uma vez realçar que o objetivo destes estudos foi compreender a experiência das parturientes com o intuito da melhoria das práticas, sendo portanto este um aspeto a ter em consideração como promotor de conforto caso tivesse sido dada a oportunidade às parturientes de o experienciar.

Já no que respeita aos registos de interação, também da sua análise emergem aspetos relevantes. Da sua experiência de conforto, as parturientes salientam a privacidade, quer no que respeita à vivência daquele momento com a pessoa significativa (RI 1; RI 4; RI 9), quer no que se refere ao número reduzido/adequado de profissionais na sala de partos (RI 4) como um aspeto fundamental. Outro aspeto referido diz respeito aos cuidados de higiene *“acho que a enfermeira foi muito cuidadosa com a minha higiene, a mudança dos lençóis e resguardo (...) quando fazia o toque vaginal ou quando fazia força”* (RI 1); *“a possibilidade de ir ao duche (...) para fazer a minha higiene”* (RI 8).

De acordo com APEO (2009), o ambiente influencia o modo como o trabalho de parto ocorre e o misto de emoções que a parturiente experiencia. Muitas vezes a presença de profissionais que desconhece, o excesso de profissionais ou a solidão podem ter efeitos negativos como o medo ou a ansiedade. Neste sentido, é fundamental que esteja assegurada a privacidade, numa sala de partos individualizada, cujo número de profissionais seja adequado às necessidades.

A higiene da parturiente é também uma medida que melhora o sentimento de bem-estar e minimiza o desconforto (Lowdermilk, 2008b). De acordo com Ferreira (2016), existem ainda três fatores fundamentais a ter em conta na promoção do conforto na sala de partos: a iluminação, o odor e o ruído.

Neste sentido, importa salientar que além de constituir uma competência do Enfermeiro Obstetra, de acordo com Regulamento n.º 127/2011 de 18 de Fevereiro, cuidar a mulher inserida na família durante o trabalho de parto, efetuando o parto num ambiente seguro, com enfoque no conforto da parturiente, é essencial respeitar a sua privacidade e todos os fatores que possam influenciar a sua experiência.

Atendendo ao referencial teórico que norteou este trabalho (Kolcaba, 2003), tanto o contexto ambiental como o contexto físico proporcionaram às parturientes conforto. No contexto ambiental é possível referir do ambiente externo as condições (o ambiente limpo, a higiene e a privacidade) e as influências (dos Enfermeiros obstetras, que também propiciaram este ambiente), bem como os elementos naturais ou artificiais (cor e ruído). No contexto físico, as sensações corporais, como o repouso. Considero também que as intervenções apresentadas lhes proporcionaram alívio e tranquilidade, de acordo com o que defende esta teórica.

A subcategoria **Nutrição** é apontada especificamente num dos estudos e num registo de interação. O estudo de Montoya, Mazuelo & López (2015), volta a retratar a experiência de parturientes que descrevem, neste contexto, “sintomas desagradáveis” como a sede, uma vez que não podiam ingerir qualquer tipo de líquido ou alimento durante o trabalho de parto. Já no registo de interação, emerge a experiência de uma parturiente que considerou a ingestão de líquidos um aspeto importante, uma vez que referia sentir-se “*desidratada*” devido ao “*cansaço*” e ao “*esforço*” (RI 6).



De facto, a ingesta durante o trabalho de parto é um aspeto cada vez mais promovido quer pela OE (2013c) no projeto “Maternidade com Qualidade”, que demonstra ser um indicador de evidência e qualidade dos cuidados, prevenindo a desidratação, mantendo as reservas energéticas para o feto e para a atividade uterina e ainda, promovendo o conforto da parturiente. Também Amaral & Martins (2016) referem que não existe evidência para apoiar a prática de jejum durante o trabalho de parto pelo risco de aspiração do conteúdo gástrico em parturientes de baixo risco. E ainda, nas últimas recomendações emanadas pela WHO (2018), é recomendada a ingestão oral de líquidos e alimentos a mulheres com gravidez de baixo risco, durante o trabalho de parto.

No que respeita à teoria do conforto, penso que esta subcategoria se enquadra no alívio sentido pelas parturientes, ao verem satisfeita a sua necessidade, no contexto físico.

A subcategoria **Contacto pele-a-pele** emergiu apenas da análise de conteúdo dos registos de interação com as parturientes, contudo foi referida pela maioria das mesmas como uma experiência de conforto. *“Assim que ele nasceu (...) tê-lo comigo, poder senti-lo e ficar com ele sempre em cima de mim foi uma sensação que não dá para descrever”* (RI 2); *“o bebé em contacto pele-a-pele comigo até terminar de mamar”* (RI 3); *“terem colocado o bebé em cima de mim assim que nasceu foi uma experiência muito tranquilizadora”* (RI 4); *“o bebé foi colocado no meu peito, ainda com o cordão, foi uma sensação incrível”* (RI 5); *“o contacto com o bebé assim que ele nasceu, poder ficar com ele em cima de mim”* (RI 8); *“depois de o bebé nascer, tê-lo em cima de mim e poder ficar com ele ali”* (RI 9); *“assim que o nosso bebé nasceu (...) poder ficar com ele junto de nós foi uma sensação fantástica, como se tudo o resto não existisse”* (RI 10).

O contacto pele-a-pele com o recém-nascido deve ser promovido logo após o nascimento, de forma contínua e prolongada, pois permite a estabilização da temperatura corporal, previne complicações relacionadas com o stress respiratório e risco de hipoglicémia, sendo um momento que propicia o estabelecimento da vinculação e do aleitamento materno (APEO, 2009; WHO, 2018). Também a OE (2013d) corrobora este cuidado especializado, dando-lhe ênfase no projeto “Maternidade com Qualidade”.

À luz da teoria do conforto de Kolcaba (2003), é possível afirmar que estas parturientes referiram ter uma experiência de conforto não só ao nível da tranquilidade como da transcendência, pelos testemunhos anteriormente referidos, sentidos quer no contexto físico, pela sensação corporal, quer no contexto psicoespiritual devido à componente emocional deste momento.

### **Apoio contínuo da pessoa significativa**

A terceira categoria apresentada - Apoio contínuo da pessoa significativa, emerge da análise de conteúdo tanto na totalidade dos estudos selecionados como dos registos de interação, como um aspeto fundamental para a experiência de conforto das parturientes. É apontado como algo fundamental quando presente e, no caso da sua ausência, como se constatará mais à frente, este é um aspeto que as mulheres consideraram que poderia ter melhorado a sua experiência de conforto.

No âmbito desta categoria, destaca-se a subcategoria **Participação ativa**, uma vez que além da presença, este foi o aspeto a que as mulheres mais deram importância.

Nos estudos de Iliadou (2012) e Boryri, Noori, Teimouri & Yaghobinia (2016) é salientada a importância do companheiro/outras familiares significativos como benéfica no apoio contínuo à parturiente, proporcionando-lhes conforto físico e relaxamento, reforçando a autoconfiança, a sensação de conforto e segurança por elas sentida. Já os estudos de Ross-Davie & Cheyne (2014) e Nikula, Laukkala & Pölkki (2015), reforçam que foi fundamental que este se sentisse envolvido e apoiado, sendo também encorajado a desempenhar um papel ativo no trabalho de parto. Quanto aos estudos de Montoya, Mazuelo & López (2015) e Santos & Pereira (2012), as parturientes referiram sentimentos de solidão, associada à impossibilidade de acompanhamento de uma pessoa significativa durante o trabalho de parto, pelo que é importante referir o resultado destes estudos nesta categoria, no sentido de evidenciar o modo como a ausência deste cuidado lhes proporcionou desconforto, e onde é reforçada a necessidade de melhoria das práticas, nas quais o apoio contínuo de uma pessoa significativa é referida.

Quanto à análise de conteúdo dos registos de interação, que segue a linha dos autores dos estudos, todas as mulheres referiram como experiência de conforto a

presença e o apoio contínuo da pessoa significativa, à exceção de uma, que quando questionada acerca do que mudaria na sua experiência de conforto referiu: *“como o meu marido não teve a possibilidade de estar comigo no parto (por motivos profissionais) esse era um aspeto que mudaria. Sinto que teria sido um grande apoio”* (RI 7).

De acordo com Lowdermilk (2008b), a presença de uma pessoa significativa que proporcione apoio emocional e físico constitui um cuidado benéfico para a parturiente, que tem demonstrado melhores resultados quer no alívio da dor, quer na diminuição de intervenções e taxa de complicações, revelando contribuir para a satisfação da experiência de parto. O direito ao acompanhamento durante o trabalho de parto por uma pessoa significativa está legislado em Portugal e representa uma fonte de segurança e tranquilidade para a parturiente (OE, 2015). Além da presença, a pessoa escolhida pela parturiente deve prestar apoio em parceria com o Enfermeiro Obstetra, no sentido de proporcionar conforto físico e emocional à mulher durante o trabalho de parto (APEO, 2009; WHO, 2018).

De acordo com a teoria do Conforto de Kolcaba (2003), é possível concluir que estas parturientes experienciaram o conforto ao nível da tranquilidade, em diferentes contextos: no social, dado que se trata da relação interpessoal estabelecida com a pessoa significativa; no físico, pelas sensações corporais que a participação ativa dessa pessoa possa ter proporcionado; e ainda, no psico-espiritual, devido aos aspetos emocionais e ao sentimento de autocontrolo fomentado pela presença e apoio do/a acompanhante.

### **3.4 – Conclusões, implicações para a investigação e para a prática**

Após a realização da *scoping review*, considero a temática escolhida bastante abrangente, facto que se denota pela quantidade de artigos inicialmente encontrados. Contudo, ao analisar criteriosamente os estudos, constatei que embora exista evidência acerca daqueles que devem ser os cuidados de conforto prestados à parturiente, os que retratam a experiência da mulher como proposta de melhoria desses cuidados especializados são limitados.

Neste sentido, considero que foi uma mais-valia dar continuidade ao trabalho neste âmbito através da implementação do projeto na UC Estágio com Relatório, onde tive oportunidade de prestar cuidados especializados e, posteriormente, realizar registos de interação com mulheres que experienciaram estes cuidados. Este percurso propiciou uma compreensão mais abrangente da experiência de conforto vivida pelas parturientes, referida como conforto emocional e físico e proporcionada pelo apoio contínuo do Enfermeiro Obstetra, no que diz respeito a relação de ajuda, informação, advocacia, métodos de alívio da dor, ambiente, nutrição e contacto pele-a-pele com o RN. As parturientes referiram ainda como aspetos promotores de conforto o apoio contínuo da pessoa significativa e as crenças religiosas.

Constatou-se também que foram evidenciados pelas mulheres como uma experiência positiva, aspetos importantes da promoção do conforto durante o trabalho de parto, que constam na evidência científica inicialmente encontrada no âmbito das organizações nacionais e internacionais de saúde e que regem a prática profissional dos enfermeiros.

Em termos de implicação para a prática, a prática baseada na evidência constitui um pré-requisito para a excelência dos cuidados. Foi neste sentido que, com base na análise de conteúdo dos estudos encontrados, consegui dar resposta à questão de pesquisa formulada e ainda fundamentar a prática, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem especializados. A definição de padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem configura um enorme desafio para a profissão, implicado quer pelo reflexo na melhoria dos cuidados de enfermagem a fornecer aos cidadãos, quer pela inerente e vantajosa necessidade de refletir sobre o exercício profissional dos enfermeiros (OE, 2011). Estou plenamente consciente da importância do meu papel enquanto futura Enfermeira Obstetra, no sentido da aquisição e partilha de conhecimentos, no desenvolvimento de competências e na capacidade de inovação, fundamentais para que a qualidade de cuidados seja uma realidade.

Posto isto, considero que a crescente expectativa dos casais na vivência de um parto normal, bem como os ganhos em saúde e qualidade, aliados à satisfação das famílias, justificam consideravelmente o investimento nesta temática e por

consequente, o contributo deste trabalho para a prática de cuidados de conforto à parturiente, pelo Enfermeiro Obstetra.

### **3.5 – Considerações éticas**

Para a elaboração deste trabalho foram tidos em consideração os princípios e deveres éticos e deontológicos a cumprir quer no exercício da profissão de Enfermagem, quer no processo formativo, para o desenvolvimento de competências. Considerado um procedimento fundamental, foi aplicado não só durante a prestação de cuidados especializados, como também nos registos de interação efetuados junto das mulheres no sentido de compreender a sua experiência de conforto proporcionada pelas intervenções do Enfermeiro Obstetra durante o trabalho de parto.

Deste modo, de acordo com o Código Deontológico do Enfermeiro (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro) as intervenções de enfermagem especializadas foram sempre realizadas atendendo à defesa da liberdade e dignidade da pessoa humana e do enfermeiro. Os deveres cumpridos de acordo a natureza deste trabalho foram: de acordo com o Artigo 105.º - Do dever de informação, respeitando sempre o direito à autodeterminação, informando acerca dos cuidados de enfermagem especializados, respeitando, defendendo e promovendo o direito ao consentimento informado e atendendo sempre com responsabilidade e cuidado a todo o pedido de informação ou explicação solicitado; e Artigo 106.º Do dever de sigilo, considerando confidencial toda a informação acerca das parturientes/família, mantendo o anonimato ao longo do trabalho (Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro).

Considero ainda que a realização deste trabalho e a atuação de acordo com os princípios anteriormente enumerados, me permitiu desenvolver a competência comum do Enfermeiro Especialista que diz respeito ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro).

## **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente relatório espelha o percurso de aprendizagem e desenvolvimento de competências na UC Estágio com Relatório, como também ao longo deste curso de mestrado no qual se privilegiou o conhecimento e a prática baseada na evidência científica. Para o aprofundamento de uma competência a desenvolver nesta UC foi realizado um projeto, tendo sido escolhida uma temática que se considerou pertinente, norteada por uma teórica de enfermagem, com objetivos, atividades e metodologia bem definidas, com vista à sua efetiva implementação e avaliação de resultados obtidos. As inúmeras oportunidades de aprendizagem propiciadas, permitiram-me ir ao encontro da finalidade desta UC, desenvolvendo competências específicas enquanto futura Enfermeira Obstetra, comuns enquanto futura Enfermeira Especialista e, ainda, as competências para a obtenção do grau de Mestre.

Ao longo deste percurso, foi dada ênfase à promoção de uma experiência de conforto da parturiente, aspeto intimamente ligado à implementação do projeto referido anteriormente e que permitiu um aprofundado conhecimento acerca das atuais recomendações para a prática de cuidados nos diferentes estádios do trabalho de parto, emanadas pelas organizações que regem a nossa profissão. Possibilitou também a aquisição de conhecimentos ao nível de investigação e, ainda, a prestação de cuidados baseados na evidência. Ter a oportunidade de conhecer, posteriormente, a experiência das mulheres permitiu-me também compreender a importância dos cuidados especializados, bem como o papel crucial que o Enfermeiro Obstetra desempenha, não só através das suas intervenções autónomas, mas envolvendo toda a equipa multidisciplinar, para que em conjunto possamos contribuir para a mudança.

Considero ter alcançado todos os objetivos a que me propus inicialmente, adquirindo bases sólidas para continuar este percurso na evolução do meu nível de proficiência tal como refere Benner (2005), no sentido de consolidar as competências profissionais, pessoais, relacionais e éticas desenvolvidas. A promoção da experiência de conforto das parturientes não finda neste trabalho, uma vez que pretendo dar continuidade à prática baseada na evidência, divulgando o presente estudo e apostando na melhoria da qualidade dos cuidados especializados durante o trabalho de parto ao longo do meu percurso profissional.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ❖ Amaral, A. P. & Martins, C. (2016). Manutenção das Necessidades da Parturiente. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista (Coords). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp.400 – 406). Lisboa: Lidel.
  
  - ❖ Apóstolo, J. (2009). O Conforto nas teorias de enfermagem - análise do conceito e significados teóricos. *Revista Referência*, II Série (9), 61-67. Acedido em: 20/07/2018 através da base de dados Biblioteca do conhecimento on-line. Disponível em: <https://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=0&sid=d9fb7bd4-c7f1-4eed-a0b9-50f87bc72aba%40pdc-v-sessmgr04&bdata=JkF1dGhUeXBIPWlwLGNvb2tpZSxzaGliLHVpZCZsYW5nPXBOlWJyJnNpdGU9ZWRzLWxpdmUmc2NvcGU9c2l0ZQ%3d%3d#AN=38797646&db=a9h>
  
  - ❖ Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras (APEO) (2009). *Iniciativa Parto Normal. Documento de Consenso*. Loures: Lusociência.
  
  - ❖ Bardin, L. (2015). *Análise de conteúdo*. (5ª edição). Lisboa: Edições 70.
  
  - ❖ Batista, M. A. & Pereira, S. C. (2016). Importância da Visita à Maternidade. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista (Coords). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp.170 – 174). Lisboa: Lidel.
  
  - ❖ Benner, P. (2005). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto.
  
  - ❖ Boryri, T., Noori, N. M., Teimouri, A. & Yaghobinia, F. (2016). The perception of primiparous mothers of comfortable resources in labor pain (a qualitative study). *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 21 (3), 239-246. Acedido em 20/07/2018 através da base de dados Isi Web of Knowledge.
- DOI:** 10.4103/1735-9066.180386

- ❖ Carraro, T. E., Knobel, R., Radünz, V., Meincke, S. M. K., Fiewski, M. F. C., Frello, A. T., Martins, M. S., Lopes, C.V. & Berton, A. (2006). Cuidado e conforto durante o trabalho de parto e parto: na busca pela opinião das mulheres. *Texto Contexto Enferm.* 15 (1). 97-104. **DOI:** 10.1590/S0104-07072006000500011
  
- ❖ Centeno, F. (2017). Puerpério e Lactação. In L. M. Graça (Coord.) *Medicina Materno-Fetal* (pp.280-287). Lisboa: Lidel.
  
- ❖ Crum, K. (2008). Cuidados de enfermagem no quarto trimestre. In D. L. Lowdermilk & S. E. Perry. (Coords). *Enfermagem na Maternidade* (pp.490-520). Loures: Lusodidacta.
  
- ❖ Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de Março (2006) - Aprova o regime jurídico dos graus académicos e diplomas do ensino superior. *Diário da República I Série – A*, N.º60 (24-03-2006) 2242-2257.
  
- ❖ Fatia, A. & Tinoco, L. (2016). Trabalho de parto. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista (Coords). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp.308–320). Lisboa: Lidel.
  
- ❖ Ferreira, S. S. C. H. (2016). Métodos Não Farmacológicos de Alívio da Dor. In M. Néné, R. Marques & M.A. Batista (Coords). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp.416–424). Lisboa: Lidel.
  
- ❖ Frello, A. & Carraro, T. (2010). Conforto no processo de parto sob a prespectiva das puérperas. *Revista Enfermagem Universidade Estadual do Rio de Janeiro.* 18 (3). 441-445. Acedido em: 20/07/2018. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v18n3/v18n3a18.pdf>
  
- ❖ Iliadou, M. (2012). Supporting women in labour. *Health Science Journal*, 6 (3), 385-391. Acedido em 20/07/2018 através da base de dados CINAHL Plus with Full Text. Disponível em:



[https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/32433461/SUPPORTING\\_WOMEN\\_IN\\_LABOUR.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1532310386&Signature=KGuHMIDrEX9xe4ZHClcnsW6JIOY%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DHEALTH\\_SCIENCE\\_JOURNAL\\_Supporting\\_women.pdf](https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/32433461/SUPPORTING_WOMEN_IN_LABOUR.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1532310386&Signature=KGuHMIDrEX9xe4ZHClcnsW6JIOY%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DHEALTH_SCIENCE_JOURNAL_Supporting_women.pdf)

❖ International Confederation of Midwives (ICM) (2013). *Essential competencies for basic midwifery practice*. Acedido em 20/07/2018. Disponível em <http://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/ICM%20Essential%20Competencies%20for%20Basic%20Midwifery%20Practice%202010,%20revised%202013.pdf>

❖ International Confederation of Midwives (ICM) (2015). *Midwifery Services Framework Guidelines for developing SRMNAH services by midwives*. Acedido em 20/07/2018. Disponível em <http://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/Manuals%20and%20Guidelines/MSF%20for%20field-testing,%2017Mar15.pdf>

❖ Janeiro, P. D. P. (2013). *Experiências vivenciadas pela mulher em trabalho de parto e nascimento*. Dissertação de Mestrado. Disponível no RCAAP [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9401/1/Tese\\_final.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9401/1/Tese_final.pdf)

❖ Koehn, M. L. (2000). Alternative and Complementary Therapies for Labor and Birth: An Application of Kolcaba's Theory of Holistic Comfort. *Holist Nurs Pract*, 15 (1), 66-77. Acedido em 20/07/2018 através da base de dados Biblioteca do conhecimento on-line. Disponível em: <https://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=0&sid=a9eeca7f-6aa5-42f1-9eb2-ac6a0d4c3846%40pdv-sessmgr01&bdata=JkF1dGhUeXBIPWlwLGNvb2tpZSxzaGliLHVpZCZsYW5nPXBOlWJyJnNpdGU9ZWRzLWxpdmUmc2NvcGU9c2l0ZQ%3d%3d#db=rzh&AN=106998146>

- ❖ Kolcaba, K. Y. & Kolcaba, R. J. (1991). An analysis of the concept of comfort. *Journal of advanced nursing*, 16 (11), 1301-1310. **DOI:** 10.1111/j.1365-2648.1991.tb01558.x
  
- ❖ Kolcaba, K. Y. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19 (6), 1178-1184. **DOI:** 10.1111/j.1365-2648.1994.tb01202.x
  
- ❖ Kolcaba, K. (2001). Evolution of the mid range theory of comfort for outcomes research. *Nursing outlook*, 49 (2), 86-92. **DOI:** 10.1067/mno.2001.110268
  
- ❖ Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice: A vision Health Care and Research*. New York: Springer Publishing Company, Inc.
  
- ❖ Lança, F. (2017). Analgesia e anestesia no parto. In L. M. Graça (Coord.) *Medicina Materno-Fetal* (pp.260-271). Lisboa: Lidel.
  
- ❖ Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro (2015). Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. *Diário da República Série I*, N.º 181 (16-09-2015) 8059 – 8105.
  
- ❖ Lowdermilk, D. L. (2008a). Cuidados de Enfermagem durante o Trabalho de Parto e Parto. In D. L. Lowdermilk & S. E. Perry. (Coords). *Enfermagem na Maternidade* (pp.414 - 477). Loures: Lusodidacta.
  
- ❖ Lowdermilk, D. L. (2008b). Controlo do Desconforto. In D. L. Lowdermilk & S. E. Perry. (Coords). *Enfermagem na Maternidade* (pp.355 - 387). Loures: Lusodidacta.
  
- ❖ Machado, M. H. & Graça, L. M. (2017). Trabalho de parto: fisiologia, divisão clínica e mecanismo geral. In L. M. Graça (Coord.) *Medicina Materno-Fetal* (pp.220-228). Lisboa: Lidel.

- ❖ Mendes, J. M. G. (2006). A relação de ajuda: um instrumento no processo de cuidados de enfermagem. *Revista de Formação continua em Enfermagem – INFORMAR*, ANO XII, (36), 71-77.
  
- ❖ Montoya, D. I. G., Mazuelo, E. M. G. & López, C. P. H. (2015). Experiencias de las mujeres durante el trabajo de parto y parto. *Revista Avances en Enfermería*, 33 (2), 271-281. Acedido em 20/07/2018 através da base de dados Isi Web of Knowledge. **DOI:** 10.15446/av.enferm.v33n2.42279
  
- ❖ Nikula, P., Laukkala, H. & Pölkki, T. (2015). Mothers' perceptions of labor support. *Wolters Kluwer Health*, 40 (6), 373-380. Acedido em 20/07/2018 através da base de dados MEDLINE with Full Text. **DOI:**10.1097/NMC.0000000000000190
  
- ❖ Ordem dos Enfermeiros (OE) (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade Especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em: 20/07/2018. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEESaudeMaternaObstetricaGinecologica.pdf>
  
- ❖ Ordem dos Enfermeiros (OE) (2013a). Projeto Maternidade com Qualidade. Acedido em: 20/07/2018. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/projeto-maternidade-com-qualidade/>
  
- ❖ Ordem dos Enfermeiros (OE) (2013b). Projeto Maternidade com Qualidade. Indicador de Evidência: Promover e aplicar medidas não farmacológicas no alívio da dor no trabalho de parto. Acedido em 20/07/2018. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR\\_Medidasnaofarmacologicas\\_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR_Medidasnaofarmacologicas_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf)
  
- ❖ Ordem dos Enfermeiros (OE) (2013c). Projeto Maternidade com Qualidade. Indicador de Evidência: Efetivar a ingesta ao longo do trabalho de parto, segundo diretrizes da OMS. Acedido em: 20/07/2018. Disponível em:

[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR\\_Ingesta\\_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR_Ingesta_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf)

❖ Ordem dos Enfermeiros (OE) (2013d). Projeto Maternidade com Qualidade. Indicador de Evidência: Realizar precocemente contacto pele a pele, entre mãe e filho, dando apoio ao início da amamentação na primeira hora do pós parto, conforme diretrizes da OMS sobre o aleitamento materno. Acedido em: 20/07/2018. Disponível em:

[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR\\_PeleaPeleAmamentacao\\_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR_PeleaPeleAmamentacao_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf)

❖ Ordem dos Enfermeiros (OE) (2015). *Livro de Bolso Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

❖ Ordem dos Enfermeiros (OE) (2017). Parecer 24/2017 sobre Triagem nos Serviços de Urgência Obstétrica e Ginecológica por Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica. *Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Acedido em: 20/07/2018. Disponível em :

[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer\\_24\\_2017\\_MCEESMO\\_TriagemEESMO\\_Servi%C3%A7osUrgenciaObstetrica.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_24_2017_MCEESMO_TriagemEESMO_Servi%C3%A7osUrgenciaObstetrica.pdf)

❖ Pedro, L. & Oliveira, S. C. (2016). A Dor no Trabalho de Parto. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista (Coords). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp.411–412). Lisboa: Lidel.

❖ Pereira, M. (2016). Métodos de Preparação para o nascimento e Parentalidade. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista (Coords). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp.158 – 162). Lisboa: Lidel.

❖ Peters, M. D. J., Godfrey, C., McInerney, P., Soares, C. B., Khalil, H. & Parker, D. (2017). Chapter 11: Scoping Reviews. In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*. The Joanna Briggs Institute. Acedido em: 20/07/2018. Disponível em:

<https://wiki.joannabriggs.org/display/MANUAL/Chapter+11%3A+Scoping+reviews>

- ❖ Prada, F. & Rafael, M. (2016). Partograma. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista (Coords). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp.348–352). Lisboa: Lidel.
  
- ❖ Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2.<sup>a</sup> série, N.º 35 (18-02-2011) 8648-8653.
  
- ❖ Regulamento n.º 127/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. *Diário da República*, 2.<sup>a</sup> série, N.º 35 (18-02-2011) 8662-8666.
  
- ❖ Ross-Davie, M. & Cheyne, H. (2014). Intrapartum support: what do women want? A literature review. *Evidence Based Midwifery*, 12( 2), 52-58. Acedido em: 20/07/2018 através da base de dados CINAHL Plus with Full Text. Disponível em:  
<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=35&sid=b2d9ed58-5e09-4635-8fce-628542f39d30%40sessionmgr4006>
  
- ❖ Santos, L. M. & Pereira, S. S. C. (2012). Vivências de mulheres sobre a assistência recebida no processo parturitivo. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 22 (1), 77-97. Acedido em 20/07/2018 através da base de dados Isi Web of Knowledge. **DOI:** 10.1590/S0103-73312012000100005
  
- ❖ Schuiling, K. D. & Sampsel, C. M. (1999). Comfort in Labor and Midwifery Art. *Journal of Nursing Scholarship*, 31(1), 77-81. **DOI:** 10.1111/j.1547-5069.1999.tb00425.x
  
- ❖ Teodoro, S. F. F. N. (2012). *Cuidados do enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia promotores de conforto à mulher durante o trabalho de parto*. Relatório de Estágio. Disponível no RCAAP <http://hdl.handle.net/10400.26/15853>
  
- ❖ The Joanna Briggs Institute (JBI) (2015). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2015 edition / Supplement*. Australia: The Joanna Briggs Institute.

Acedido em: 20/07/2018. Disponível em:  
[http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual\\_Methodology-for-JBI-Scoping-Reviews\\_2015\\_v2.pdf](http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual_Methodology-for-JBI-Scoping-Reviews_2015_v2.pdf)

❖ Tomaschewski-Barlem, J. G., Lunardi, V. L., Barlem, E. L. D., Silveira, R. S., Ramos, A. M. & Piexak, D. R. (2017). Advocacia do paciente na enfermagem: barreiras, facilitadores e possíveis implicações. *Texto Contexto Enferm*, 26 (3), 1-7. **DOI:** 10.1590/0104-07072017000100014

❖ Vala, J. (2014). Análise de conteúdo. In A. S. Silva & J. M. Pinto (Orgs.). *Metodologia das Ciências Sociais* (pp.101 – 128). Porto: Edições Afrontamento.

❖ Velho, M. B., de Oliveira, M. E. & dos Santos, E. K. A. (2010). Reflexões sobre a assistência de enfermagem prestada à parturiente. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(4), 652-659. **DOI:** 10.1590/S0034-71672010000400023

❖ World Health Organization (WHO) (1996). *Care in Normal Birth: a practical guide*. Geneva: Reproductive Health and Research World Health Organization.

❖ World Health Organization (WHO) (2016). *Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities*. Acedido em 20/07/2018. Disponível em [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/improving-maternal-newborn-care-quality/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/improving-maternal-newborn-care-quality/en/)

❖ World Health Organization (WHO) (2018). *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. Acedido em 20/07/2018. Disponível em <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE I - Conjugação dos descritores selecionados e operadores  
booleanos**



## Apêndice I – Conjugação dos descritores selecionados e operadores booleanos

EBSCOHost Database		ISI Web of Knowledge
CINAHL Plus with Full Text	MEDLINE with Full Text	
Conjugação dos descritores selecionados e operadores booleanos		
<p>("MH Female") n = 1563227</p> <p><b>AND</b></p> <p>(MH "Life Experiences") <b>OR</b> (MH "Comfort") <b>OR</b> (MH "Labor Support") n = 21987</p> <p><b>AND</b></p> <p>(MH "Midwives") <b>OR</b> (MH "Midwifery") n = 23573</p> <p><b>AND</b></p> <p>(MH "Labor") <b>OR</b> (MH "Childbirth") n = 12518</p> <p><b>Total: 131</b></p>	<p>("MH Female") n = 7973793</p> <p><b>AND</b></p> <p>(MH "Life Change Events") <b>OR</b> (MH "Patient Comfort") <b>OR</b> ("Support") n = 969874</p> <p><b>AND</b></p> <p>(MH "Midwifery") <b>OR</b> (MH "Nurse Midwives") n = 23464</p> <p><b>AND</b></p> <p>(MH "Parturition") <b>OR</b> (MH "Labor, Obstetric") n = 35518</p> <p><b>Total: 309</b></p>	<p>("Comfort") n = 145684</p> <p><b>AND</b></p> <p>("Experience") n = 2349159</p> <p><b>AND</b></p> <p>("Labor") n = 557250</p> <p><b>Total: 191</b></p>